

**Материалы  
Всероссийской  
научно-практической конференции  
с международным участием  
«Будущее детей с особенностями  
психического развития»**

**Москва, 28-29 ноября 2019 г.**

УДК 616.89  
ББК 56.14  
Б90

Б90 Будущее детей с особенностями психического развития (г. Москва, 28-29 ноября 2019 года). [Электронный ресурс]. Москва, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. 282 с.

Под редакцией д. м. н., профессора Е.В. Макушкина

**Составители:**

**Н.А. Александрова**

**В.Д. Бадмаева**

**Е.Г. Дозорцева**

**Е.В. Нуцкова**

**Д.С. Ошевский**

**Л.О. Пережогин**

**А.А. Портнова**

**К.В. Сыроквашина**

**А.А. Федонкина**

**И.А. Чибисова**

**Сборник подготовили:**

**Н. Б. Гончарова**

**М.Н. Фурсов**

ISBN – 978-5-86002-258-4

© ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского», 2019

© Авторский коллектив

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Абрамов А.В., Милушкина О.Ю., Панкова О.Ф.</b> <b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ</b> <b>РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, КЛИНИКО-НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ</b> <b>КВАЛИФИКАЦИИ И ДИНАМИКИ ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО</b> <b>РАЗВИТИЯ.....</b>	<b>13</b>
<b>Александрова Н.А.</b> <b>ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ</b> <b>У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....</b>	<b>17</b>
<b>Антонова С.Л.</b> <b>НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА В ОБЛАСТИ</b> <b>ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С РАС</b> <b>(РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА) .....</b>	<b>19</b>
<b>Аханькова Т.Е., Шипкова К.М.</b> <b>СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-</b> <b>КОММУНИКАТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОДИТЕЛЕЙ</b> <b>НЕГОВОРЯЩИХ ДЕТЕЙ.....</b>	<b>24</b>
<b>Ашанина Е.Н., Константинов К.В. Сенник М.Н.</b> <b>ВЛИЯНИЕ МЕТОДА БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ</b> <b>НА РЕЧЕВУЮ ФУНКЦИЮ МОЗГА У ДЕТЕЙ .....</b>	<b>27</b>
<b>Ашанина Е.Н., Крийт Е.Е.</b> <b>ВЫЯВЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ, ВХОДЯЩИХ В ГРУППУ РИСКА</b> <b>РАС (СИНДРОМ АСПЕРГЕРА) В ВУЗАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.</b>	<b>30</b>
<b>Бадмаева В.Д., Мамонова И.П.</b> <b>ОРГАНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ</b> <b>ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ПРАКТИКЕ</b> <b>СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.....</b>	<b>33</b>
<b>Балакирева Е.Е.</b> <b>ПИЩЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ</b> <b>С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....</b>	<b>36</b>

<b>Басова А.Я. Северина Ю.В. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ТРЕВОЖНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ .....</b>	<b>40</b>
<b>Батуева Н.Г., Тудупова Т.Ц. К ПРОБЛЕМЕ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ).....</b>	<b>43</b>
<b>Бибчук М.А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ КЛИНИКИ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В Г. МОСКВЕ .....</b>	<b>46</b>
<b>Белов А.И. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ В ДДИ И ЦССВ .....</b>	<b>50</b>
<b>Белов А.И. МЕРЫ ФИЗИЧЕСКОГО СТЕСНЕНИЯ В ДДИ ( ЦССВ) .....</b>	<b>53</b>
<b>Белов А.И. НЕКОТОРЫЕ МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ.....</b>	<b>57</b>
<b>Белов А.И., Мейский П.П. ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ.....</b>	<b>60</b>
<b>Бобров А.Е., Уласень Т.В. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В СОЦИОЗАЩИТНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ.....</b>	<b>64</b>
<b>Богданова Е. В., Юрченко Т. Ю. СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....</b>	<b>68</b>

<b>Бодагова Е.А. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ.....</b>	<b>71</b>
<b>Бойко Е.О., Васянина Ю.Ш., Мальфина И.Ю. ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ .....</b>	<b>75</b>
<b>Буртонова И. Б. СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ .....</b>	<b>79</b>
<b>Волова Т.Л., Шельгин К.В. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.....</b>	<b>82</b>
<b>Воронина Ю.С., Сахаров А.В. НАРКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КУРСАНТОВ СУВОРОВСКОГО ВОЕННОГО УЧИЛИЩА ГОРОДА ЧИТЫ .....</b>	<b>84</b>
<b>Гелда А.П., Игумнов С.А. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПАРАСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....</b>	<b>88</b>
<b>Гладун А.Н., Александрова Н.А. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ.....</b>	<b>91</b>
<b>Горюнов А.В. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ .....</b>	<b>94</b>

Горюнова А.В., Данилова Л.Ю., Боброва Н.А., Воронкова Н.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АУТИСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	97
Григорова Н. И. ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ .....	100
Данилова Л.Ю., Шевченко Ю.С., Горюнова А.В., Харьбина Т.В. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ .....	104
Дозорцева Е.Г., Нуцкова Е.В. НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ПОТЕРПЕВШИЕ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЛЕКСНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	108
Доноева Ю.В. К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЫ.....	112
Дуктен-оол С.М., Ондар Ю.Г. Монгуш Ч.К. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ .....	115
Забозлаева И.В., Малинина Е.В. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	118
Захарова Н.М., Баева А.С., Цветкова М.Г. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С МИННО- ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ (ПОСТРАДАВШИХ ПРИ НАПАДЕНИИ НА ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ Г. КЕРЧЬ) .....	122
Захарова Н.М., Милехина А. В. ПЕРВИЧНОЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ, ОСВОБОЖДЕННЫХ ИЗ ИРАКСКОЙ ТЮРЬМЫ.....	125

<b>Зверева Н.В., М.В. Зверева, Балакирева Е.Е., Пятницкая Л.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКА STQ-77 В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ .....</b>	<b>128</b>
<b>Иванов М.В., Богачева О.И., Тараненко И.М. ДИНАМИКА ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ.....</b>	<b>132</b>
<b>Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В., Шарлай И.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РИСКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ДАННЫЕ ЗА 2017-2018 ГГ.) .....</b>	<b>136</b>
<b>Иванова Т.И., Крахмалева О.Е., Мерсон О.В., Шарамкова М.А. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ .....</b>	<b>139</b>
<b>Игумнов С.А. ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В КОГОРТЕ ЛИЦ 15-24-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ....</b>	<b>143</b>
<b>Калинина М.А., Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф., Иванов М.В., Шимонова Г.Н. НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА</b>	<b>145</b>
<b>Карнаухова Е.Н., Кабирова А.А., Баз Л.Л., Семенихина Н.В. ОЦЕНКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ С АЛАЛИЕЙ.....</b>	<b>148</b>
<b>Кещян К.Л. ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....</b>	<b>151</b>

<b>Киржанова В.В. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ .....</b>	<b>153</b>
<b>Кихай Ж., Герасим С., Кондрат В. ОБЩИННЫЕ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – РЕФОРМА СИСТЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В МОЛДОВЕ .....</b>	<b>157</b>
<b>Клинова М.А., Сахаров А.В НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ .....</b>	<b>161</b>
<b>Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ, КОМОРБИДНОМ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ.....</b>	<b>164</b>
<b>Козлова Е.А., Слободская Е.Р. ВКЛАД ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ В ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ .....</b>	<b>167</b>
<b>Кравченко Н.Е., Мазаева Н.А. К ПРОБЛЕМЕ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕВИАЦИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ .....</b>	<b>170</b>
<b>Кремнева Л.Ф. ПАРААУТИЗМ КАК КРАЙНЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ .....</b>	<b>174</b>
<b>Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Г.А. Панов СУИЦИДАЛЬНОЕ, САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ И РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ В КОНТЕКСТЕ ПОДРОСТКОВОЙ ИНИЦИАЦИИ.....</b>	<b>180</b>



<b>Макашева В.А., Суворова Д.С., Леденева И.Г</b> <b>ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО</b> <b>ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ .....</b>	<b>183</b>
<b>Максимова Н.Е., Селянина М.Н.</b> <b>ОРАНИЗАЦИЯ МЕДИКО – ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ</b> <b>РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ</b> <b>АМБУЛАТОРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ .....</b>	<b>188</b>
<b>Малинина Е.В., Чижова Т.Н.</b> <b>ЛОБНЫЙ ПСИХОСИНДРОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ</b> <b>ЭПИЛЕПСИЕЙ .....</b>	<b>191</b>
<b>Марголина И.А. Платонова Н.В.</b> <b>КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ДЕТАМ,</b> <b>ПОДВЕРГШИМСЯ ЖЕСТОКОМУ ОБРАЩЕНИЮ.....</b>	<b>195</b>
<b>Милехина А. В. , Захарова Н.М.</b> <b>ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У</b> <b>НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАСИЛИЯ</b> <b>И ИХ КОРРЕКЦИЯ.....</b>	<b>198</b>
<b>Новикова Г.Р.</b> <b>ВОПРОСЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ</b> <b>СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ</b> <b>КОМИССИЙ (ПМПК) .....</b>	<b>200</b>
<b>Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д., Федонкина А.А.</b> <b>КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРТНЫЕ МОДЕЛИ</b> <b>РЕТАРДИРОВАННОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У</b> <b>НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБВИНЯЕМЫХ .....</b>	<b>206</b>
<b>Пережогин Л. О.</b> <b>ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА,</b> <b>ВИДЕОИГР, ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ.....</b>	<b>210</b>
<b>Платонова Н.В., Марголина И.А.</b> <b>ОСОБЕННОСТИ ПАРААУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У</b> <b>ЖЕРТВ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО ФИЗИЧЕСКОГО И</b>	<b>213</b>

<b>СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ.....</b>	
<b>Резун Е.В., Риппинен Т.О., Семенова Н.Б., Лаптева Л.В., Слободская Е.Р.</b>	
<b>СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ: ФАКТОРЫ РИСКА И ОБРАЩЕНИЕ ЗА ПОМОЩЬЮ .....</b>	<b>217</b>
<b>Рудакова Е.Н.</b>	
<b>ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ .....</b>	<b>219</b>
<b>Русаковская О.А.<sup>1</sup>, Володенкова Е.А.<sup>2</sup>, Калинкина В.А. Ромашкина Н.В.</b>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ СПЛОШНОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДДИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ.....</b>	<b>222</b>
<b>Русаковская О.А., Чубарова О.Е.</b>	
<b>ОСОБЕННОСТИ МНЕНИЯ ДЕТЕЙ 10-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА .....</b>	<b>225</b>
<b>Северный А.А., Шевченко Ю.С.</b>	
<b>ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ .....</b>	<b>227</b>
<b>Селянина М.Н., Максимова Н.Е.</b>	
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА.....</b>	<b>231</b>
<b>Семенова Н.Б.</b>	
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ .....</b>	<b>234</b>
<b>Сердюк О.В.</b>	
<b>ВНЕДРЕНИЕ МОНИТОРИНГОВЫХ МЕР ПО ПРЕВЕНЦИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ И СУИЦИДА В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ УРФО.....</b>	<b>236</b>

<b>Сойникова М.Е., Иванов П.А., Евстафьева И.Б. ОПЫТ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....</b>	<b>240</b>
<b>Соколова Н.Н., Сабирова Н.Г., Андреев М.К. РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАС У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....</b>	<b>242</b>
<b>Спадерова Н.Н., Родяшин Е.В., Горохова О.В., Кулеватов Г.В., Т.Б.Гач, Волкова Ю.В. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ИНЦЕСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ .....</b>	<b>245</b>
<b>Ступина О.П., Бунина М.В., Сахаров А.В., Колчанова Т.Г. ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ....</b>	<b>249</b>
<b>Сыроквашина К.В. АЛГОРИТМЫ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ САМОУБИЙСТВУ У ПОДРОСТКОВ.....</b>	<b>253</b>
<b>Терехина С.А. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ СЕМЕЙНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ</b>	<b>256</b>
<b>Трубина О.С., Малинина Е.В. КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР.....</b>	<b>260</b>
<b>Тудупова Т.Ц., Батуева Н.Г. К ПРОБЛЕМЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АДАПТИВНЫХ КОПИНГ- СТРАТЕГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ .....</b>	<b>262</b>

<b>Фесенко Ю.А.</b> <b>РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА .....</b>	<b>265</b>
<b>Чибисова И.А.</b> <b>СОЦИАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИВНЫЕ ДИСТРЕСС РЕАКЦИИ, КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ИСКАЖЕННОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ И НАРУШЕННОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....</b>	<b>268</b>
<b>Шабалина А.Ю., Макашева В.А., Гришкевич М.Е.</b> <b>ФАКТОРЫ РИСКА И МЕХАНИЗМЫ ПРЕВЕНЦИИ БУЛЛИНГА ..</b>	<b>270</b>
<b>Шамарова Е.Ю., Кондрашов И.А.</b> <b>АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО КОНТЕНТА В РУССКОЯЗЫЧНОМ СЕГМЕНТЕ ИНТЕРНЕТ.....</b>	<b>273</b>
<b>Шигашов Д.Ю.</b> <b>СОВРЕМЕННЫЙ ДЕТСКИЙ СТАЦИОНАР В СТРУКТУРЕ КРУПНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.....</b>	<b>275</b>
<b>Шкитырь Е.Ю.</b> <b>БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ).....</b>	<b>279</b>

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, КЛИНИКО-НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ И ДИНАМИКИ ЗАДЕРЖЕК ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

**Абрамов А.В., Милушкина О.Ю., Панкова О.Ф.**

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

[pun4er@gmail.com](mailto:pun4er@gmail.com)

**Актуальность проблемы.** В то время, как в последние десятилетия исследователи по всему миру отмечают стремительный рост расстройств аутистического спектра, несколько в стороне остаются вопросы задержки психического развития у детей, также относящейся к патологии развития и тесно связанной с различными типами патологии. Термин «задержка психического развития (ЗПР)», введенный Г.Е.Сухаревой в середине XX века, активно использовался в качестве диагноза в течение последующих десятилетий. Несмотря на то, что с введением МКБ-10 термин ЗПР был выведен из употребления в качестве медицинского (психиатрического) диагноза и на смену ему пришли более обоснованные с научной точки зрения понятия, относящиеся к «расстройствам психологического развития, он продолжает встречаться в историях болезни, отражая, таким образом, клиническую реальность. До настоящего времени не существует однозначного мнения о систематике и диагностике, путях профилактики и реабилитации ЗПР. Описанные прогностически благоприятные формы представлены в небольшом количестве, включают в себя гармоничный инфантилизм, для выявления которого важно соотношение психического развития с физическим. Однако, современные лонгитюдные исследования соматометрических показателей детей и подростков говорят о изменении средних значений и акселерации темпов биологического созревания. Вместе с тем, определённые затруднения вызывает отнесение синдрома к нозологическим категориям, в особенности, с учётом роста форм, не вписывающихся в разработанные классификации. В рамках

проведённого в 2016 г. поискового исследования, целью которого была оценка ежегодных срезов по нозологической и половозрастной структуре психических расстройств пациентов стационара НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой за период с 1999 по 2015 гг., был выявлен рост патологии развития (8 раздел МКБ-10) с 8 до 36 % (в абс. цифрах с 172 до 929 детей в год), из которых в 60-70% детям выставлялся диагноз «F84.8 Другие общие расстройства развития». Следует отметить, что отсутствие в МКБ-10 чётких указаний по рубрификации расстройств, соответствующих ЗПР, привело к разбросу в кодировке данного синдрома в отдельных регионах страны. Врачами в регионах РФ чаще используется шифр F83 Смешанные специфические расстройства психического развития, в г. Москве - F84.8 Другие общие расстройства развития. На практике, исходя из локального взаимодействия между педагогической и психиатрической службами, признается один шифр, обозначающий ЗПР и определяющий программу обучения в дошкольном и младшем школьном возрасте.

**Целью настоящей работы** явилась оценка распространённости, клинико-нозологической квалификации и динамики ЗПР у пациентов психиатрического стационара, получавших помощь с 1999 по 2008 гг.

**Материалы и методы.** Была проведена подробная оценка медицинской документации (карта стационарного больного, амбулаторная карта) пациентов, с диагностированной ЗПР в условиях стационарного обследования. Взятый интервал с 1999 по 2008 гг. выбран, исходя из того, что на момент повторного обращения и оценки уровня психического развития возраст пациентов был более 10-ти лет, и имелась вероятность более точной верификации состояния.

**Полученные результаты.** Нозологическая структура уточнённых диагнозов у пациентов рассматриваемой группы (n=1648) распределилась следующим образом: у 20% был выставлен диагноз умственной отсталости (F7), у 13% - органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0) (1 группа), у 3% - расстройства шизофренического спектра (F2) (2 группа), у 4% - расстройства психологического (психического) развития уточненные, включая аутизм (F8), 1% составили эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и

подростковом возрасте (F9). У оставшихся 56% пациентов сохранился диагноз F84.8 Другие общие расстройства развития, из них повторно за помощью обратились лишь 10%. Представляется интересным распределение пациентов по полу – во всех группах преобладали мальчики. В группах пациентов с трансформацией диагноза в F7 Умственная отсталость (n=379) и вышедших из-под наблюдения (n=917) это соотношение составило 80 на 20%, в группах с трансформацией диагноза в F0 Органические расстройства (n=263) и F2 Расстройства шизофренического спектра (n=53) соотношение 91 % к 9%.

Подавляющими причинами обращения за помощью являлись сочетания поведенческих и речевых нарушений. В группе с органической патологией в 51% случаев ведущим был гипердинамический синдром, в 21% психопатоподобный синдром, при этом в половине случаев он, по-видимому, был обусловлен обращением после 6-ти лет ввиду нарастающей микросоциальной, прежде всего школьной, дизадаптацией. В 66% случаев имело место общее недоразвитие речи разной степени выраженности, аутистические черты отмечались в 9% наблюдений. Сочетание неврозоподобного синдрома с психопатоподобным или гипердинамическим синдромом имело место в 10% случаев. Напротив, расстройства шизофренического спектра чаще проявлялись незавершённой, но полиморфной картиной, ведущим синдромом в 60% случаев являлся психопатоподобный в группе детей до 6 лет, в 30% случаев имели место сопутствующие неврозоподобные проявления, с отдельными аутистическими чертами, отмечаемыми в 50% наблюдений. Гипердинамический синдром отмечался в 40% наблюдений. Относительно редкими были сверхценные увлечения и интересы и патологическое фантазирование - менее 10% наблюдений. Речевые нарушения разной степени выраженности отмечались в 90% случаев.

Анализ данных акушерско-гинекологического анамнеза и наследственности выявил следующие результаты. В группе пациентов с верифицированными диагнозами из группы органических расстройств отягощенная наследственность отмечена в 42% случаев, патологическое течение беременности - в 85% случаев, из которых в 51% случаев отмечался выраженный токсикоз, в 33% слабость родовой

деятельности, в 18% интоксикации и инфекции матери, угроза выкидыша на всём протяжении, оперативное родоразрешение и асфиксия плода, внутриутробная гипоксия плода в 14% случаев, реанимационные мероприятия после родов в 12%. В группе с расстройствами шизофренического спектраотягощенная наследственность отмечена в 30% случаев, патологическое течение беременности и родов в 90% случаев, из которых в 40% случаев отмечался выраженный токсикоз, в 30% слабость родовой деятельности и внутриутробная гипоксия плода, оперативное родоразрешение, в 20% асфиксия плода, угроза выкидыша первой половины и на всём протяжении, интоксикации и инфекции матери в 10%.

### **Выводы.**

1. Задержка психического развития - синдром, этиопатогенетическая и клиническая неоднородность которого требует тщательной дифференциации, являющейся обязательным условием для оптимального выбора форм и методов психолого-педагогической и медицинской коррекции.

2. Требуется дальнейшая разработка четко выделенных и проработанных критериев задержек темпа общего психического развития и динамический мониторинг с целью предотвращения утяжеления патологии развития и риска формирования коморбидных расстройств.

3. Ошибки при диагностике задержек психического развития ведут к выбору неадекватной терапии и обучающих программ, возникновению школьной дезадаптации и психопатизации.

4. Выявленный синдромальный патоморфоз не позволяет судить о прогностически благоприятных формах ЗПР и факторах, их обеспечивающих, что требует проведения катамнестических исследований.

5. Акцент в исследовании проблемы необходимо смещать в сторону оценки гигиенических факторов в натальном, постнатальном периодах и раннем детстве.

6. Наследственность и осложнения внутриутробного периода трудно относить к факторам, специфично модулирующим психическую патологию. Исследование детей с ЗПР должно быть



комплексным, с обязательной оценкой физического развития, соматотипа и степени биологического созревания.

## **ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

**Александрова Н.А.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России, Москва,  
[aleksandrova.n@serbsky.ru](mailto:aleksandrova.n@serbsky.ru)

Распространенность в детско-подростковой среде злоупотребления различными психоактивными веществами (ПАВ) остается сегодня одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения и общества в целом.

Многочисленные исследования зарубежных и отечественных специалистов убедительно показывают, что приобщение подростков к употреблению ПАВ является результатом сочетанного воздействия целого комплекса факторов: социально-психологических, конституционально-биологических, экзогенных. При этом указанные факторы тесно переплетены между собой и находятся в постоянном взаимодействии, что особенно заметно при изучении их влияния именно в подростковой популяции.

Одним из важных социальных факторов в формировании аддиктивного поведения в подростковом возрасте играет микроокружение. В силу свойственных подростковому периоду реакций группирования и имитации (в том числе и отрицательных форм поведения), в условиях отрицательного микросоциального окружения подростки легко перенимают асоциальный стиль поведения, прибегая к первым пробам психоактивных веществ. Вероятность развития аддиктивного поведения возрастает при наличии одного из проявлений реакции эмансипации, которая характеризуется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля, руководства, покровительства со стороны родных, воспитателей, преподавателей, от установленных ими порядков, правил и законов. Такое «отравление свободой» (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991) способствует аддиктивному поведению с поисковой мотивацией, т. е. стремлению попробовать все, испытать на

себе действие тех дурманящих веществ, которые только можно раздобыть. Влияние группы особенно значимо, если подросток дорожит принадлежностью к ней, и стремится любой ценой быть своим.

Не менее важным социальным фактором в формировании аддиктивного поведения является семья. Большая часть исследований, направленных на изучение роли семьи как одного из факторов риска формирования девиантного поведения подростков была посвящена детям из социально неблагополучных семей (семьи, где один или оба родителя злоупотребляют ПАВ, имеют криминальную активность, «деформированные» семьи с постоянными хроническими конфликтами и др.). В таких семьях отмечается безнадзорность и жестокое отношение к детям. Обстановка дома, усвоенные от родителей представления о жизни подталкивают подростка искать утешения в уличных компаниях. Следует отметить, что исследований, направленных на изучение нарушений эмоциональных связей внутри полной и внешне благополучной семьи, крайне мало. Между тем сегодняшние подростки сами отмечают недостаток доверительных взаимоотношений с родителями и отсутствие теплых эмоциональных контактов. Зачастую гиперпротекция в воспитании с постоянным желанием решать все за ребенка приводит к тому, что при первых же столкновениях с трудностями такие подростки испытывают фрустрацию, что вызывает социальную дезадаптацию, и в последующем может подтолкнуть подростка к употреблению ПАВ.

К макросоциальным факторам относят экономические, политические и социальные условия существования общества. Социально-экономическая нестабильность, ухудшение качества уровня жизни, доступность психоактивных веществ, традиции и даже мода на употребление ПАВ в определенных кругах - все это может стать предикторами употребления психоактивных веществ несовершеннолетними. Вместе с изменениями, происходящими в различных сферах страны, неизбежно меняется и характер аддиктивного поведения подростков.

Проводимые на протяжении последних десятилетий исследования показывают, что раннее появление аддиктивного поведения редко выступает в изолированном виде, чаще всего оно сочетается с нарушениями психического развития и психической

патологией. Многочисленные исследования показывают, что так называемое «пробное» употребление наркотиков — явление весьма распространенное, однако зависимость от наркотических веществ чаще развивается у лиц, имеющих какую-либо психическую патологию. Зачастую к экспериментам с ПАВ «подталкивают» аффективные и поведенческие нарушения в рамках имеющейся у подростка психической патологии, т.н. «самолечение». Первые пробы психоактивных веществ, обычно в компании, являются своеобразным триггером к формированию последующей зависимости, что, в свою очередь, усугубляет имеющиеся психические нарушения, усложняя их клиническую картину, способствуя декомпенсации и возникновению прогрессивных форм течения имеющегося психического расстройства.

Изучение сочетанной патологии (психические расстройства и зависимость от психоактивных веществ) в судебно-психиатрической практике по-прежнему является чрезвычайно актуальной. Сочетание психической патологии и аддиктивного поведения определяет не только неблагоприятный прогноз течения заболевания, но и высокий риск агрессивных и антисоциальных действий, криминальной активности несовершеннолетних.

Многофакторная природа формирования аддиктивного поведения у несовершеннолетних требует комплекса адекватных мер медицинского психологического и социального направления.

## **НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА В ОБЛАСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С РАС (РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА)**

**Антонова С.Л.**

РГГУ ИП им Л.С. Выготского, Москва, [antistella@yandex.ru](mailto:antistella@yandex.ru)

*Использование нейropsихологических методов диагностики и коррекции позволяет наиболее дифференцированно подойти к особенностям развития детей. Формирование дефицитарных и несформированных психических функций ребёнка является основой его будущего взаимодействия в социуме.*

*Ключевые слова: РАС, скрининговые методики, диагностика, дети с низким функциональным статусом психического развития, дети с высоким функциональным статусом психического развития, коррекция.*

Научное сообщество обеспокоено проблемой увеличения численности детей с особенностями в развитии. Среди данной категории особое место занимает диагноз РАС (Расстройство аутистического спектра, англ. autism spectrum disorder, ASD). Несмотря на то, что учение об аутизме начало своё развитие ещё в 20 – 40 годах прошлого столетия, актуальность в определении этиологии и патогенеза данного расстройства только расширила свои границы исследований. В 1964 году доктор Бернард Римланд доказал несостоятельность теории «эмоционально холодных родителей» в противовес нейробиологической, генетической и нейрофизиологической причинам развития аутизма.

В России, Министерством образования и науки Российской Федерации совместно с Федеральным ресурсным центром по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра (МГППУ) в 2018 году проведен мониторинг состояния образования обучающихся. Анализ данных показал, что соотношение численности детей с РАС в общей детской популяции (0—18 лет) в каждом Федеральном округе варьирует в диапазоне от 1:992 до 1:3092. (1)

Данные Агентства здравоохранения США на 2017 год сообщают о частоте 1: 59; 1:34; 1:77 в зависимости от Штата.(2)

Можно предположить, что при диагностике выявления данного вида расстройства использовались различные критерии оценки. С.М. Эдельсон (Институт исследования аутизма Сан-Диего, Калифорния, США) в своей статье «Научные вопросы, связанные с биологией аутизма» (Research Issues Involving the Biology of Autism) говорит о том, что в настоящее время РАС диагностируется с помощью нескольких опросников, в которых раскрываются особенности поведения ребёнка.

Используемые скрининговые методики выявляют спектр аутизма и представляют собой опросники для родителей и анкету для оценки психического статуса ребенка при наблюдении.

Коморбидность РАС с другими заболеваниями настолько велика, что исследования в области генетики, биохимии и нейрофизиологии с каждым годом предоставляют данные помогающие дифференцировать аутистический спектр.

Мировые ученые сообщества находятся в процессе создания объективных, неинвазивных инструментов скрининга, которые не зависят от оценки поведения ребенка. Одна из главных целей в этой области - разработка объективных нейронных маркеров аутизма, которые могут работать с невербальными детьми на ранних этапах онтогенеза. Морфофункциональный потенциал структур головного мозга у ребенка позволяет скомпенсировать различные перинатальные дисфункциональные состояния. Поэтому, своевременно проведенная комплексная коррекционно-развивающая программа для детей с данными нарушениями может изменить процесс дизонтогенетического расстройства.

В настоящее время, с целью подбора эффективных психолого-педагогических методов коррекции и развития детей с РАС, можно выделить две категории. Нейропсихологическое обследование детей проводится с трёхлетнего возраста. Используется схема нейропсихологического исследования А.Р. Лурия, адаптированная и модифицированная для детского возраста Т.В. Ахутиной и Н.М.Пылаевой.

Первая категория – это дети с низким функциональным статусом психического развития.

К данной группе относятся дети с данными показателями развития ВПФ (высших психических функций):

Отсутствие экспрессивной и рецептивной речи. Присутствие эхололий. Понимание обращенной речи у детей данной группы либо не наблюдается, либо наблюдается частично. Часто по данному симптому ставится диагноз сенсомоторная алалия (F 80.1; F 80.2). Наблюдается грубое нарушение произвольного контроля, при котором дети проявляют признаки «полевого поведения». Значительно отстаёт графомоторная деятельность. Изобразительная деятельность недоступна. Наблюдаются стереотипные, компульсивные движения, хаотичная активность. Возможны приступы кататонического возбуждения.

Для данной группы характерно достаточно сохранный восприятие реальных изображений, не сенсibilизированного порядка. Зашумлённые, наложенные и перечёркнутые изображения – не доступны для распознавания. Дети первой категории могут применить способ зрительного соотнесения при выполнении методик на распознавание форм и величины: «Почтовый ящик», «Доска Сегена».

Обследование памяти и мышления для детей данной категории не доступно.

Дети второй категории – это дети с высоким функциональным статусом психического развития.

Речь у данной группы детей развита достаточно, однако в общении носит формальный, директивный характер. Наблюдаются дизартрии. Присутствуют эхолалии, стереотипные компульсивные движения. И также как и в первой группе, может проявиться кататоническое возбуждение.

Дети данной группы (категории) способны пройти обследование, не смотря на высокую утомляемость и истощаемость.

Результаты динамического праксиса, как правило, указывают на сложности в структуре функции произвольности, регуляции и контроля. Детям характерны стереотипные ошибки, не способность выполнить серию последовательных движений.

Выполняя пробу на определения уровня внимания («Корректирующая проба») допускают множественные ошибки и с трудом выполняют её полностью.

При обследовании 30 детей второй категории все 30 человек имели качественно низкие показатели в пробах: динамический праксис и «Корректирующая проба».

Еще одна особенность, выявлена у детей с аутистическим спектром – это неспособность одновременного восприятия серии сюжетных картин и пофрагментарная стратегия копирования сложных фигур, по типу Рея-Остеррица и Тейлора.

Дети с РАС данной категории испытывают сложности с пониманием образных, переносных смыслов в пословицах, поговорках и ситуациях. Данный тип мышления не позволяет в процессе общения с другими нормотипичными детьми выстраивать адекватные отношения.

Результаты нейропсихологической диагностики позволяют сделать выводы о следующих особенностях детей с РАС данной категории: наблюдается дисфункция нейродинамического компонента психической деятельности, особенности восприятия перцептивного поля, дефицитарность развития речевой, мелкомоторной функции, а так же функции регуляции произвольности и контроля. Локально: на первый план выходит дисфункциональность подкорковых структур (ретикулярной формации) с угнетающим влиянием на лобные отделы коры, дисфункциональность вторичных отделов постцентральной (кинетической) коры левого полушария, а так же премоторной коры левого полушария (нижних отделов), зоны ТПО и дисфункция правого полушария.

В последних исследованиях, о которых указывает С.М. Эдельсон (Институт исследования аутизма Сан-Диего, Калифорния, США), показано, что у детей с РАС нарушено функционирование передней инсулы.

« Известно, что инсула участвует в регулировании и контроле степени эмоциональной интенсивности оценок стимулов. Одной из многих функций инсулы, связанных с процессом мышления, является ее участие в восприятии и обработке стимулов юмора. Инсула участвует в сдерживании, подавлении, торможении негативных эмоций и в определенной степени препятствует возникновению подобных эмоций»(3).

По результатам анализа нейропсихологической диагностики были разработаны основные направления коррекционной работы. Целью данных направлений было стабилизация работы подкорковых структур, развитие правополушарных функций, межполушарного взаимодействия, развитие речевых, мелкомоторных и коммуникативных функций.

Одной из особенностей данного направления коррекции - это минимизировать в раннем и дошкольном возрасте нагрузку на кортикальные отделы левого полушария, развивать правополушарные соматогностические и пространственные функции. Исключить знакомство с абстрактными символами (цифры, буквы) до 6 лет.

Использовать методы сенсомоторной коррекции, разнообразные виды художественной деятельности в их взаимосвязи.

Данный подход позволяет задействовать все сенсорные системы организма ребёнка.

*Литература:*

1. Шумских М.А, Хаустов А.В. Организация образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра Российской Федерации: результаты Всероссийского мониторинга 2018 года // Аутизм и нарушения развития. Т. 17. № 3 (64). 2019[Электронный ресурс]  
[http://psyjournals.ru/files/109590/autdd\\_2019\\_n3\\_khaustov\\_schumskih.pdf](http://psyjournals.ru/files/109590/autdd_2019_n3_khaustov_schumskih.pdf)
2. Эдельсон С.М. Научные вопросы, связанные с биологией аутизма // Аутизм и нарушения развития 2019. Т. 17. № 1. С. 4—1[Электронный ресурс]  
[http://psyjournals.ru/files/97703/autdd\\_2019\\_n1\\_edelson.pdf](http://psyjournals.ru/files/97703/autdd_2019_n1_edelson.pdf)
3. Глаз В.Г. Топическая гомеоархитектоника при диагностике поражений головного мозга. New York, 2017. С.188

## **СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОДИТЕЛЕЙ НЕГОВОРЯЩИХ ДЕТЕЙ**

**Аханькова Т.Е.<sup>1</sup>, Шипкова К.М.<sup>2,3</sup>**

1 – ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации», г. Москва

2 - Московский НИИ психиатрии - филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»

3 – РГГУ, институт психологии им. Л.С.Выготского  
[karina.shipkova@gmail.com](mailto:karina.shipkova@gmail.com)

За последние два десятилетия наблюдается неуклонный рост детей с проблемами здоровья, и в частности, психического развития. Запоздывание сроков речевого развития наиболее частая причина обращений родителей. По данным неврологов в России от 5 до 10% детей имеют проблемы с речью [Ягунова, Гайнетдинова, 2018], а некоторых европейских странах до 30% [Eicher, Power, Miller et al., 2014]. Отклонения в развитии речи охватывают как трудности становления речевой артикуляции центрального или периферического генеза,



проблемы понимания/построения фразовой речи, так и нарушения поведения, сопровождающиеся нарушением речевой коммуникации. К нарушениям развития устной речи в последующем могут присоединиться трудности усвоения школьных навыков(чтения, письма)[Корнев, 2006; Gibson,Gruen, 2008]. Тревожной тенденцией являются поздние сроки оказания специализированной помощи, что связано с разными причинами. Одна состоит в том, что родители неговорящих детей, как правило, обращаются к логопедам/дефектологам после достижения ребенком 3-4 летнего возраста. Другая причина - мононаблюдение специалиста, обычно невролога или логопеда и зачастую психический статус ребенка недооценивается. Еще одной причиной может быть нахождение ребенка в «зоне комфорта», атмосфере гиперопеки, что снижает его мотивационные возможности.

В нашей работе была проанализирована выборка из 32 неговорящих детей, сформированная методом случайного выбора из банка данных 117 обращений в 2018-2019 гг. в Центр патологии речи и нейрореабилитации г.Москвы. Возраст детей - 2,5 до 5,5 лет, из них: до 2 лет 6,25%, от 2 до 3 лет 37,5%, от 3 до 4 лет 31,2%, от 4 до 5 лет – 21,8%, после 5 лет 3,1%. Распределение по полу: 71,9% мальчиков, 28,1% девочек.

Причины обращений имели разнообразный характер: отсутствие вербальных средств общения, речь на уровне вокализмов, лепета, речь на «своем» языке; речь с использованием отдельных слов с нарушением звукопроизношения, эхоталии, нередко с речевым негативизмом. У детей отмечались нарушения поведения: двигательные стереотипии; эмоциональная лабильность с аффективностью реакций и неадекватностью степени выраженности эмоционального ответа; не достаточная сформированность, либо отсутствие навыков самообслуживания (неумение одеться, есть самостоятельно). Для всей выборки были характерны нарушения внимания: быстрая пресыщаемость, повышенная отвлекаемость, нарушение слухового внимания. По анамнестическим данным в 70% случаев роды происходили на сроке 38-40 недель, по шкале Абгар 8/9баллов у 77%. При первичном обследовании детям были выставлены следующие диагнозы: F.84.8(31%), F.94.8( 58,6%), F.84(

6,9% ), F.83(3,4%). Таким образом, в представленной выборке 90,6% детей имели нарушения психологического развития и практически у всех детей отмечались те или иные нарушения аутистического спектра.

Нами было проведено анкетирование родителей с целью сбора данных об их социально-демографических(возраст/образование) и эмоционально-коммуникационных характеристиках (степень коммуникабельности/доминирующий тип эмоционального реагирования). Возраст родителей(мать/отец): 18-30лет 10/4чел.; 31-40лет 22/23чел.; 41-50лет 0/5чел. соответственно. Все родители имели высшее образование. Большинство родителей не говорящих детей отмечали у себя проблемы коммуникации: 76% матерей и 66% отцов характеризовали себя как «избирательно-общительные» или «малообщительные». По эмоционально-личностным характеристикам ответы матерей распределились следующим образом: сдержанно-тревожный тип - 62,5%; сдержанно-педантичный - 25%; спокойно-эмоциональный тип - 12,5%. У отцов-сдержанно-спокойный тип - 62,5%, тревожно-педантичный – 25%, эмоционально-импульсивный- 12,5 %.

Обычно при работе с не говорящими детьми недооцениваются и, по этой причине, не исследуются специфические особенности семейной среды. Практика работы специалистов с этой категорией детей ориентирована, в основном на ребенка. По результатам нашего исследования показано, что у подавляющего большинства неговорящих детей сами родители имеют проблемы коммуникации. Поэтому практика работы с неговорящими детьми должна быть ориентирована на комплексный подход, включающий работу с ребенком и семьей.

## **ВЛИЯНИЕ МЕТОДА БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА РЕЧЕВУЮ ФУНКЦИЮ МОЗГА У ДЕТЕЙ**

**Ашанина Е.Н., Константинов К.В. Сеник М.Н.**

1-Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

2-Научно-исследовательское объединение «Клиника биоакустической коррекции», Санкт-Петербург

3-Санкт-Петербургский государственный технологический институт (технический университет), Санкт-Петербург, senikm@ya.ru

Задержка психического и речевого развития у детей является одним из наиболее распространенных проявлений последствий органического поражения головного мозга. Нарушение речи может сопровождать задержку психического развития или проявляться отдельно. В клинической практике наиболее часто встречаются нарушения смыслового и звукового компонентов речи. В многочисленных исследованиях отмечается неуклонный рост числа детей с подобными нарушениями. Своевременное выявление и патогенетически обоснованное лечение является важным аспектом дальнейшего развития и адаптации ребенка к восприятию школьной программы, овладению трудовыми навыками, так как правильное речевое развитие ребенка обеспечивает полноценное созревание и функционирование психической сферы, формирование представлений ребенка об окружающем мире, установление новых контактов, развитие мышления, социального взаимодействия и обучения. В этой связи, весьма актуальным является разработка эффективных методов лечения нарушений речевой функции.

В последние годы значительный интерес исследователей привлекают технологии аудиовизуальной стимуляции (АВС). В основе этих способов нейрокоррекции, в независимости от модальности применяемых стимулов, лежат принципы ритмической организации сигналов, при которой сенсорные воздействия даже малой интенсивности способны вызывать значительный психоэмоциональный и психофизиологический эффект, выражающийся в изменении

электрофизиологических, психологических, поведенческих и клинических показателей.

По всей видимости, физиологический эффект применения данных методов основан на совпадении ритмики стимуляции с частотами эндогенных колебательных нейродинамических процессов в центральной нервной системе. Возможно, совпадение частотно-временной организации стимулов с частотно-временной структурой паттернов нейронной активности приводит к резонансным явлениям, и, следовательно, к синхронизации ранее нескоррелированных источников спонтанной ритмики головного мозга.

В ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины» (Санкт-Петербург) разработан метод биоакустической коррекции функционального состояния центральной нервной системы (БАК), в котором оздоравливающий эффект достигается предъявлением акустических стимулов скоррелированных с текущей биоэлектрической активностью мозга. В настоящей работе приводятся результаты использования метода БАК при лечении детей с задержкой речевого развития.

На базе НИО «Клиника биоакустической коррекции» было обследовано 15 детей в возрасте от 3 до 6 лет с задержкой психического и речевого развития. Процедуры БАК проводились с использованием компьютерного комплекса «Синхро-С» (производство ООО «СинКор», СПб). Биоэлектрическую активность головного мозга регистрировали в точках Fp1, Fp2, O1, O2 (по системе 10-20) относительно объединенных ушных электродов с частотой дискретизации 250 Гц при закрытых глазах. Все каналы регистрации ЭЭГ преобразовывались в акустический образ одновременно и независимо. Полученные звуки предъявлялись через головные телефоны в соответствии со стороной регистрации ЭЭГ. Длительность сеанса составляет 20 минут. Преобразование ЭЭГ в акустический образ осуществляется на основе операции согласования значений периодов колебаний ЭЭГ с множеством звуковых сэмплов.

В результате применения процедур БАК к детям с расстройством экспрессивной речи (специфическое расстройство экспрессивной речи F 80.1), соответствующее общему недоразвитию речи (ОНР) 1-2 уровней, показано, что в группе детей с ОНР 1-2 уровня

как с изолированными нарушениями речевого развития, так и в сочетании с задержкой психического развития, получавших биоакустическую коррекцию головного мозга, отмечалась положительная динамика по всем уровням речевого развития, включая разговорную речь, импрессивную речь и речевое внимание.

Также в ходе проведения курса процедур прослушивания детьми акустического образа собственной ЭЭГ в реальном времени наблюдалось восстановление эмоционально-волевой сферы с существенным увеличением речевой активности. Эти изменения сопровождались реструктуризацией параметров ЭЭГ. В большей мере изменения частотной структуры ЭЭГ затрагивали правое полушарие.

В ходе процедур прослушивания акустического образа собственной ЭЭГ у детей наблюдалось увеличение синфазности лобных отделов и снижение синфазности затылочных отделов, что согласно литературным данным может быть интерпретировано как нормализация биоэлектрической активности мозга. Изменение уровня синхронизации лобных и затылочных отведений в сторону нормализации может указывать на процессы восстановления таламокортикальных взаимодействий. Можно предположить, что в большей мере эти изменения затрагивают фронто-таламическую систему, важная роль которой показана для реализации сложных форм психической деятельности и регуляции уровня бодрствования.

Таким образом, имеет место положительное влияние метода БАК на речевую функцию мозга у детей дошкольного возраста, как с изолированными нарушениями речевого развития, так и в сочетании с задержкой психического развития. Данное явление может быть обусловлено взаимодействием афферентной импульсации, провоцируемой сенсорной стимуляцией скоррелированной с определенными фазами эндогенной нейронной активности, что приводит к пластичной трансформации корково-подкорковых взаимодействий.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ, ВХОДЯЩИХ В ГРУППУ РИСКА РАС (СИНДРОМ АСПЕРГЕРА) В ВУЗАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**Ашанина Е.Н., Крийт Е.Е.**

Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова, Москва;  
Санкт-Петербург

Согласно исследованиям Всемирной организации здравоохранения 1 из 160 детей страдает расстройством аутистического спектра.

По данным Минздрава в России наблюдается взрывной рост выявления РАС: с 13 897 случаев (2014) до 31 415 (2018). Что значительно ниже показателя, соответствующего данным ВОЗ. Согласно расчетам фонда «Выход» (на основе методик ВОЗ) только в одной в одной Москве количество детей, имеющих аутистические черты, может достигать до 21,6 тысяч человек, а в Петербурге до 9 тысяч.

Согласно последним исследованиям Центра по контролю и профилактики заболеваний США (CDC) на 2018 года каждый 59 ребенок имеет расстройство аутистического спектра. В 2016 году такой показатель составлял 1:68 т.е. рост составил 15 % по сравнению с предыдущими исследованиями.

Данные результаты получены из анализа медицинских карт 8 летних детей из 11 мест мониторинга по всем Штатам. Более того, результаты варьировались в зависимости от доступа к школьным записям, чем больший доступ, тем выше показатель.

Так в Нью-Джерси был диагностирован каждый 34 ребенок, где был полный доступ к школьным картам. Напротив, в Арканзасе был диагностирован только каждый 77 ребенок, что свидетельствует о значительном расхождении и трудностях в диагностике расстройства аутистического спектра.

Также в докладе отмечается о снижении гендерного разрыва среди диагностируемых: на 2018 год мальчики в 4 раза чаще диагностируются, чем девочки. В 2014 году такой показатель составлял 4,5. Что свидетельствует о улучшении диагностики среди девочек и особенностях их диагностики.

Доклад CDC отмечает о расхождении по национальному признаку – чаще диагностируются дети из белых семей, хотя также отмечается рост среди национальных меньшинств и сокращении разрыва между белыми и черными детьми. Скорее это показатель того, что общины нац. меньшинств становятся более осведомлены о проблематике аутизма и способах скрининговой диагностики, чем о склонности той, или иной нации к аутизму.

В своей работе мы поставили цель выявить студентов, входящих в группу риска расстройства аутистического спектра (синдром Аспергера), т.е. имеющих черты характера, которые могут соответствовать синдрому Аспергера. Согласно МКБ-10 Синдром Аспергера (F 84.5) - расстройство неопределенной нозологии, характеризующееся так называемой триадой нарушений: социальное воображение, социальное взаимодействие и социальная коммуникация. Плюс стереотипность поведения. Главные отличия от синдрома Каннера – нет нарушения интеллектуального развития и речи.

Причины выбора именно этого направления легко объяснимы: Это наиболее сложно выявляемый вид аутизма и при этом наиболее адаптируемый, те не требующий каких значительных изменений в окружающей среде. Такие студенты могут самостоятельно осваивать учебный материал и работать по профессии без значительных ограничений.

Для выявления людей, входящих в группу риска, был использован базовый тест AQ - тест индекса аутистического спектра Саймона Барон-Козна). Он имеет хорошую диагностическую валидность (чувствительность – 0,95, специфичность – 0,52, уровень положительной предикативности – 0,84, уровень отрицательной предикативности-0,78). Включает в себя 50 вопросов, средняя оценка контрольной группы -16,4. Для выявления людей, входящих в группу риска установлен пороговый показатель - 26 баллов. Тест разделяется на 5 подшкал: навыки общения, переключение внимания, внимание к деталям, коммуникация, воображения.

Среди тех студентов, у кого был показатель 26 баллов и выше по тесту AQ, проводилось дополнительное тестирование с помощью теста RAADS-R – это более подробный тест, включающий в себя 80 вопросов. Согласно исследованиям, его чувствительность = 97%,

специфичность = 100%, надежность теста – повторного тестирования  $r = 0.987$ . Более того, данный тест не дает ложного положительного результата при иных расстройствах. Средняя оценка контрольной группы – 26 баллов, 65 баллов и выше говорит о высокой вероятности наличия расстройства аутистических черт.

Помимо тестов AQ и RAADS-R проводилось индивидуальное интервью с каждым студентом, у кого показатели входили в группу риска.

В результате наших исследований было выявлено более 17 человек не имеющих официального диагноза и никогда ранее не состоявших на учете в ПНД, или под наблюдением психолога, но имеющие трудности с социальным взаимодействием, коммуникацией и воображением.

Такие студенты списывали свои трудности в восприятии мира, взаимодействии и коммуникации на специфику своего характера и личностного развития, не предполагая, что это расстройство. При этом каждый имел свое стереотипное хобби (компьютерные игры, музыка, книги, программирование) в котором находил эмоциональную разрядку и успокоение.

Что интересно, среди исследуемых курсантов Санкт-Петербургскому университету ГПС МЧС России было обнаружено не менее 5 курсантов, входящих в группу риска. Что свидетельствует о высокой степени адаптивности таких курсантов даже в условиях уставных правил взаимоотношений.

Если брать в целом наше исследование, то из 176 исследуемых был выявлен 17 человек, входящих в группу риска, или 1:10 исследуемых имеет черты характера, которые могут соответствовать синдрому Аспергера.

Причем предположение о том, что в Технических Вузах процент людей, имеющих такие черты характера выше, чем в других Вузах подтверждается нашим предварительным исследованием.

Так в Санкт-Петербургском государственном технологическом институте было исследовано 104 студента. Из них было выявлено у 12 человек, имеющих такие черты характера, или у каждого 9 студента.



Данные по Санкт-Петербургскому университету ГПС МЧС России следующие: из 72 исследуемых курсантов было выявлено 5, имеющих такие черты характера, или 1:14.

Данные не окончательны и носят предварительный характер, но даже те результаты, что имеются сейчас говорят об актуальности темы исследования и большом количестве студентов, имеющих черты характера, которые могут соответствовать синдрому Аспергера.

## **ОРГАНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ПРАКТИКЕ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

**Бадмаева В.Д., Мамонова И.П.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,  
*badmaeva.v@serbsky.ru*

Органическая патология является наиболее распространенным психическим нарушением в детско-подростковой клинике. Проявляется она от легкой органической дисфункции до клинически очерченных нозологических форм, нередко сопряженных с психическим дизонтогенезом. Как показывает судебно-психиатрическая практика при диагностике органических психических расстройств (ОПР) в подростковом возрасте большое значение приобретает учет динамического признака, поскольку положительная эволюция психопатологических состояний спустя даже несколько месяцев при повторных освидетельствованиях несовершеннолетних может сопровождаться иной экспертной оценкой.

Для всестороннего и объективного обследования детей и подростков с органической патологией помимо комплексного психолого-психиатрического подхода, также важным условием является привлечение более широкого круга специалистов – эндокринолога, невролога, терапевта, окулиста и т.д., проведение параклинических методов исследования – электроэнцефалография, эхоэнцефалография, реоэнцефалография, рентгенография черепа и кистей, при необходимости компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга. Данный подход отвечает современным

требованиям, поскольку в предстоящей классификационной системе психических и поведенческих расстройств - МКБ-11 разработчики подчеркивают необходимость применения наиболее эффективных и точных диагностических алгоритмов для подтверждения органического субстрата при квалификации нейрокогнитивных состояний.

Неврологические проявления резидуального характера в подростковом возрасте, характеризуются как органическими, так и функциональными изменениями со стороны центральной нервной системы. Как показывает анализ медицинской документации (история развития ребенка) освидетельствуемых несовершеннолетних органическая недостаточность прежде всего обусловлена повреждающим влиянием перинатальных факторов, что указывает о раннем онтогенетическом этапе патогенного воздействия. Проявляются они локальными очаговыми поражениями различных структур головного мозга средней и легкой степени тяжести. Они могут выступать как предопределяющие в задержке двигательных и психоречевых функций. При этом часто наблюдаются изменения физиологической последовательности и темпов становления двигательных навыков детей. Так ребенок не поворачивается до 6-7 мес., не может освоить функцию сидения (в норме к 6 мес.) и ползания (в норме к 7-8 мес.). Инверсия навыков заключается в освоении ходьбы к 1 г 5 или 7 мес. и лишь потом возникает умение удерживать позу сидя или ползания. Как результат все двигательные навыки ребенком осваиваются с запозданием, нередко с легкими нарушениями.

Помимо отклонений в развитии моторной функции у детей с органической недостаточностью как отмечено выше наблюдается, и задержка психоречевых функций. Характеризуется это отсутствием речевой активности до 3-х летнего возраста. Помимо этого, ребенок с замедлением осваивает навыки опрятности, умение пользоваться ложкой, самостоятельно организовать игру и т.д. При своевременном и адекватном проведении терапии и коррекционных занятий (дефектологом, логопедом), как правило, ко 2 возрастному периоду с запаздыванием, но формируется у ребенка речь, и он постепенно осваивает соответствующие возрасту навыки.

В препубертатном периоде у детей часто выявляется когнитивная недостаточность с нарушением внимания и

сосредоточения, что влечет вторичные нарушения мнестических функций, и как следствие трудности усвоения школьного материала. Как показывает практика нередко эти нарушения рассматриваются как грубое недоразвитие психических функций и диагностику детям умственной отсталости с переводом их для дальнейшего обучения в специализированную школу 8 вида.

При неврологическом обследовании подэкспертных в рамках судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), у несовершеннолетних с органической патологией выявляются множественные стигмы дизэмбриогенеза: высокое твердое нёбо, прогнатия (аномалия прикуса с сильным выступанием верхней челюсти кпереди), неправильный рост зубов, деформация грудины, вальгусная установка стоп, искривление мизинцев кистей рук, частичное сращение ножной складки между 2 и 3 пальцами и т.д. При обследовании невролога многие подростки сложные двигательные пробы выполняют после многократных повторов врача или частично с его помощью. Исследование черепно-мозговых нервов показывает, что при взгляде в стороны у подэкспертных возникает горизонтальный крупноразмашистый нистагм (другие виды нистагма отмечаются реже). Нередко выявляется скрытая диссинергия взора, либо легкое косоглазие, усиление или ослабление конвергенции. Сухожильные и периостальные рефлекс высокие, чаще выше слева. Сохраняется влияние частично резидуированного лабиринтно-тонического рефлекса на пальцы стоп. Часто имеется положительный рефлекс Бабинского с одной или двух сторон. Выявляются положительный адиадохокinez с одной или с двух сторон, признаки легкой статической атаксии. Отмечается вегетативная дисфункция разной степени выраженности и дермографизм чаще смешанный. Указанные отклонения в неврологическом статусе несовершеннолетних свидетельствуют о локальном очаговом поражении головного мозга, что нередко является предпосылкой сниженного когнитивного функционирования и нарушения приспособительного поведения у подэкспертных. Следовательно, поведенческие нарушения обследуемых подростков могут быть обусловлены выраженностью органической недостаточности головного мозга, уровнем и топографо-анатомической локализацией патологического процесса.

Таким образом, квалифицированное обследование, включая неврологическое, несовершеннолетних с органической дисфункцией при проведении СПЭ дает возможность наиболее точного установления местоположения повреждений нервной системы, и как следствие объективизации и конкретизации диагностического процесса, достоверности экспертного вывода, и при необходимости адекватного выбора мер медицинского характера.

## **ПИЩЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Балакирева Е.Е**

ФГБНУ НЦПЗ Москва, balakirevalena@yandex.ru

**Актуальность:** Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу комплексных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному взаимодействию, общению и стереотипностью поведения. Нарушения пищевого поведения (НПП) у пациентов с РАС являются показателем тяжести течения основного заболевания, т.к. развиваются на фоне нарастания психомоторных расстройств и вызывают вторичные сомато-эндокринные нарушения.

**Цель:** Изучение особенностей НПП при психомоторных расстройствах у больных с РАС. **Материалы исследования:** Исследование проводилось в ФГБНУ НЦПЗ, отделе детской психиатрии (зав. отд. д.м.н., проф. Симашкова Н.В.). Обследовано 146 детей, в возрасте от 2 до 7 лет с РАС, с ведущими в клинической картине НПП на фоне психомоторных расстройств (гипердинамических, кататонических и кататоно-регрессивных).

**Методы исследования:** Клинический, патопсихологический, катамнестический.

### **Результаты:**

Проведено исследование особенностей НПП у детей с РАС, которые наблюдались на фоне психомоторных расстройств, представленных гипердинамической, кататонической и кататоно-регрессивной симптоматикой. Общее двигательное беспокойство,

неусидчивость, большое количество лишних движений, импульсивность, нецеленаправленность сочетались с аффективно-эмоциональной неустойчивостью, невротическими расстройствами и невозможностью привлечь внимание у большинства пациентов. В развитии двигательной сферы у пациентов с РАС 1-2 года жизни были зафиксированы нарушения мышечного тонуса в 89% случаев наблюдений. Гипертонус зафиксирован у пациентов в 57% случаев, у 32% обследованных пациентов отмечался гипотонус, что приводило к задержке темпов моторного созревания. Больные начинали сидеть и стоять к 7,5-9 месяцам, ходить после 1 года. В 67% случаев начало самостоятельной ходьбы можно было расценивать, как бег, в 18% случаев пациенты не стремились ходить и бегать, а старались больше сидеть, и физически быстро уставали, в 15% случаев движения у пациентов были плавными, легкими, что помогало «лазить по верхам». Своеобразие в двигательной сфере проявлялось и своеобразием двигательных навыков. В 100% случаев у больных имело место искажение пищевого инстинкта. Большая часть больных, включенных в исследование (64%) отказывались от грудного вскармливания, в тоже время отмечалось длительное сохранение сосательного рефлекса до 2,5 - 3 лет в 11% случаев, у 19% больных «отсутствовал пищевой рефлекс», в связи с чем, больные кормились только ночью из бутылки. В 69% случаев у пациентов были срыгивания, в 9% рвоты, в 15% желудочно-кишечные дискинезии. Отмечалась задержка навыков жевания до 2,5-3 лет в 83% случаев наблюдений. Больные не могли пользоваться столовыми приборами (не удерживали ложку), не могли удержать чашку. Пациенты отказывались принимать помощь взрослых в освоение моторных навыков, не имитировали движений окружающих. Если пациентам удавалось удержать ложку или чашку случайно, не было стремления к повтору этих действий, т.е. пациенты не только испытывали трудности в моторной активности, но и отсутствовало желание к коммуникации с окружающими. Пациенты отказывались от своевременного введения прикорма, расширения меню, появлялись укороченные промежутки между кормлениями, избирательность в еде и отказы от привычных видов пищи и вместе с тем поедание несъедобного (пикацизм). Прослежены 7 пациентов (5%), которые полностью отказались от еды и приема жидкости. НПП приводило к

развитию гипотрофии, а в отдельных случаях к дистрофии. При несоблюдении, заведенного порядка, больные начинали нервничать, пронзительно плакать, кричать, совершать ритуальные действия и даже оголяться. При употреблении пищи больные в 75% случаев удерживали пищу за щекой, подолгу ее пережевывали, а затем выплевывали, в результате чего отмечалось прогрессивное снижение веса. В 13 % случаев пациенты заглатывали пищу кусками, без предварительного пережевывания, т.е. отмечались и аноректические и булимические симптомы.

В отдельных случаях «жвачка» приносила больным удовлетворение. Наиболее высокий риск истощения наблюдался у пассивных детей. Вместе с тем, докармливание пациентов не всегда было эффективно, так как повторно могла возникнуть регургитация. У части детей отмечено изменение вкусового восприятия с непереносимостью многих блюд и стойкая приверженность одному или двум блюдам. Также на 2 году жизни для больных РАС было наиболее характерен атавистический способ обследования окружающего с помощью облизывания, обнюхивания, обсасывания, что позволяет говорить об изменении разных видов чувствительности и использовании восприятия в аутостимуляторных целях, а также наличии ранних этиологических форм перцепции (познание мира).

Родители, чтобы накормить детей прибегали к механической обработке пищи (прокручиванию в мясорубке, в миксере, перетиранию через сито). В свою очередь протертые виды пищи, вызывали еще больший отказ от приема пищи. На 2 году жизни, при расширении границ пребывания больного (посещение поликлиники, яслей, гостей и т.д.), возникали тяжелые реакции с психотическими явлениями, а именно состояния психомоторного возбуждения с агрессией, нанесением самоповреждений, даже дезориентированностью в окружающем на фоне полного отказа от еды. Наряду с НПП отмечалось нарушение ритма сон-бодрствование. Больные засыпали лишь в определенных условиях, чаще при укачивании. Сон больных отличался прерывистостью и был преимущественно поверхностным. При кормлении пациенты были вялыми, быстро уставали. При введении прикорма появлялась особая чувствительность к пище, имеющей неоднородную консистенцию, от твердой пищи пациенты отказывались.

При приеме пищи предпочтение отдавалось, как правило, одному виду пищи и лишь спустя 1-3 месяца пища заменялась на другой вид. Обследованные пациенты строго следовали усвоенным пищевым предпочтениям и режиму кормления. При изменении режима возникала болезненная реакция. На высоте психомоторного возбуждения у больных в 78% случаев отмечались запоры. У обследованных пациентов отмечались и патологически привычные действия: сосание пальцев, с закладыванием, практически, целой ладони в рот, долгое сосание соски, онихофагия, трихотилломания, яктация и мастурбация. Пассивный отказ сопровождался отвращением к возрастному рациону, преимущественно к мясным продуктам, кашам, овощам и фруктам, в тоже время отмечались необычные пищевые предпочтения. Больные, перешедшие на смешанные виды пищи, могли требовать продуктов, предназначенных для детей младшего возраста, употребление которых избавляло их от необходимости жевать. На фоне нарастания кататонических расстройств, становились выраженными явления негативизма, нарастали стереотипии, в 98% случаев больные полностью или частично утрачивали речь, отмечались эхоталии, вербигерации.

**Выводы:** наличие НПП у больных с РАС утяжеляет течение заболевания, приводит к развитию вторичной сомато-эндокринной патологии и нарушает развитие ребенка. Ведение пациента предполагает сотрудничество специалистов различного профиля для выработки проведения персонализированного комплексного лечения каждому пациенту в соответствии с целевыми симптомами или синдромами.

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ТРЕВОЖНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

**Басова А.Я.<sup>1,2</sup>, Северина Ю.В.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

[dr.anna.basova@gmail.com](mailto:dr.anna.basova@gmail.com)

Одной из наиболее тревожных современных тенденций является увеличение числа детских и подростковых самоубийств, которое происходит во всех развитых странах. Так, по данным ВОЗ 2016 г., самоубийства у детей в возрасте от 10 до 14 лет составили 9,368 (5,130 для мальчиков и 4,238 для девочек), в возрасте 15-19 лет – 52,750 (25,690 для мальчиков и 27,060 для девочек). Еще более резко выросла частота различных суицидальных попыток, которые остаются важнейшим фактором риска совершения самоубийства в дальнейшем (ВОЗ, 2014). Самоубийства совершаются людьми на протяжении всей жизни, однако, в возрасте от 15 до 29 лет они становятся второй по значимости причиной насильственной смерти, уступая только гибели в автодорожных происшествиях.

К сожалению, эта тенденция прослеживается и в нашей стране. Данные, полученные при анализе госпитализаций в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», указывают возрастание удельного веса госпитализаций детей с суицидальными проявлениями за 8 лет (с 2011 по 2018 гг.) почти в 2 раза. Полученные результаты во многом отражают ситуацию с суицидальным поведением детей и подростков по г. Москве, поскольку Центр им. Г.Е. Сухаревой представляет собой основное учреждение, которое оказывает специализированную психиатрическую помощь детям и подросткам в кризисном состоянии. Сравнительный анализ количества детей, госпитализированных в Центр с суицидальными проявлениями, с общим количеством детей и подростков данной возрастной категории в г. Москве показывает 4-кратный рост за последние 8 лет, что не противоречит данным из других регионов России, но указывает на масштаб проблемы.



Среди детей, госпитализированных в Центр за период с суицидальными проявлениями с 2011 по 2018 гг., преобладали пациенты с суицидальными попытками – 40,6%, в меньшем количестве поступали дети с суицидальными высказываниями – 32,4% и еще реже с суицидальными мыслями – 27% госпитализация. Суицидальные проявления среди населения распределяются прямо противоположным образом, подобное распределение у стационарных больных, безусловно, свойственно стационарным больным и обусловлено причинами обращения за помощью к психиатру. Вызывает тревогу возрастание удельного веса пациентов с суицидальными попытками приблизительно на 10% за 8 лет наблюдения (до 44,4% в 2018 г.). Высокий удельный вес регоспитализаций (50,3%) и большое количество повторных госпитализаций в первый год после поступления (21,9%) указывают на трудности ведения этой категории больных, недостаточность вторичной и третичной профилактики, в особенности на этапе постгоспитального сопровождения.

Анализ распределения госпитализированных пациентов с суицидальными проявлениями по полу показал значительное, более чем в три раза, преобладание девочек, в том числе среди пациентов с суицидальными попытками. Причем за 8 лет наблюдений количество пациентов женского пола с суицидальными проявлениями увеличилось в 7 раз. Девушки чаще совершают повторные и многократные суицидальные попытки, хотя по литературным данным завершённый суицид чаще встречается у мужчин. Резкий рост суицидального поведения у молодых женщин в последние годы описан и у зарубежных исследователей.

В 2018 г. в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» поступило 5846 детей, из них 1097 ребенка с суицидальными проявлениями (18,8 % от всех поступивших). Такие дети нуждаются в оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, 93% этих детей госпитализируются по экстренным показаниям, в том числе по СМП, часть была переведена из других стационаров после консультации специалистами Центра.

При анализе нозологической принадлежности пациентов с суицидальными проявлениями с 2011 по 2018 гг. выявляется значительное преобладание пациентов с «возрастными» диагнозами из

рубрики F 90-98 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (33,1%), далее следуют пациенты с аффективной патологией и с расстройствами шизофренического спектра, количество которых практически одинаково (18,7% и 19,2% соответственно), с органическим поражением головного мозга (рубрики F 02, 06, 07) – 13,4 %, с умственной отсталостью (F 70-71) – 7,8%, с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F 40-48) – 6,4%. Такое нозологическое распределение может отражать особенности диагностики психических расстройств в детском возрасте, незавершенность синдромальных форм, малый период наблюдения. К наиболее терапевтически сложной и прогностически опасной группе пациентов относились больные с многократными суицидальными попытками, среди них преобладали дети с аффективными расстройствами (34,5%), расстройствами шизофренического спектра (25,0%) и умственной отсталостью (19,1%).

С июня 2019 г. в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» действует Клиника кризисной помощи, включающая все этапы работы с детьми с аутоагрессивными, в том числе суицидальными проявлениями, обусловленными психотравмирующими ситуациями, а именно: кабинет кризисной помощи, круглосуточный и дневной стационар. По запросам детских соматических стационаров врачи-психиатры Центра консультируют детей с различными психическими нарушениями (выездная консультативная служба). Ведется активная психопросветительская, психообразовательная и антистигматизационная работа как с пациентами и их близкими, так и с населением. Безусловно, эта работа способствует профилактике суицидального поведения. Однако, масштабы проблемы и, особенно, тенденция к ее росту, указывают на необходимость разработки общегосударственной стратегии профилактики суицидального поведения, включающей все звенья такой работы и привлекающей к ней как различные государственные организации, так и общественное движение.

## **К ПРОБЛЕМЕ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)**

**Батуева Н.Г. <sup>1</sup>, Тудупова Т.Ц. <sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер», Россия,  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет», Россия, 670000,  
batueva@yandex.ru

**Источник финансирования:** исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ «Междисциплинарное исследование причин и региональных факторов суицидального поведения несовершеннолетних» 18-013-00620А.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), самоубийства находятся в числе основных причин смертности населения во многих странах, не исключением является и Россия. В последние годы в нашей стране по данным официальной статистики Росстата с начала 2000-х годов смертность от самоубийств имеет тенденцию к снижению. По критериям ВОЗ, начиная с 2011 года, фиксируется средний уровень смертности от самоубийств, однако, в целом по России он распределен неравномерно. В стране отмечается региональная разница по показателю. Есть регионы, которые на протяжении нескольких лет остаются в числе «лидеров» по уровню суицидальной смертности среди всех российских регионов, к ним относится и Республика Бурятия. В регионе сохраняется неблагоприятная обстановка по детско-подростковым суицидам. Согласно данным Бурятстата, в 2016 году уровень завершенных суицидов среди несовершеннолетних (до 17 лет) в Республике Бурятия составил 10,5 случаев на 100 тыс. населения. В группе несовершеннолетних подавляющее число суицидов приходится на подростковый возраст. Так, в Бурятии, в 2013 году среди детей до 14 лет зафиксировано 3,5 случая завершенных суицидов, а среди лиц 15-17 лет - 33 случая; в 2014 году – 3 и 42 случая соответственно; в 2015 – 3,2 и 28,6; в 2016 году – 3,2 и 63,6. Как следствие, возросло число посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ). Особо пристальное внимание уделяется

экспертизам детей и подростков. По данным ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер» г.Улан-Удэ за последние 10 лет посмертные КСППЭ несовершеннолетних увеличились в 5 раз, с 6 случаев в 2007г. до 31 в 2016г. соответственно. Надо отметить, что увеличение числа суицидов несовершеннолетних, помимо фактического их роста, связано также и с тем фактом, что ранее экспертизы назначались лишь в тех случаях, когда причина смерти не была определена, а заключение судебной психолого-психиатрической экспертизы могло быть использовано для уточнения причин смерти.

Всего было проанализировано 78 заключений комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз с данными о завершённых случаях суицидов детей и подростков по Республике Бурятия за период 2012-2016гг. Анализ посмертных КСППЭ на территории Республики Бурятия показал общую суицидальную характеристику несовершеннолетних и позволил определить основные социально-психологические аспекты завершённых суицидов, связанные с факторами возраста, пола, места проживания, состава семьи, образования, наследственной отягощённости. Среди проанализированных суицидентов преобладали юноши-подростки (61,5%), обучающиеся в общеобразовательной школе (77%) , проживающие в сельской местности (64,1%), в неполной/приёмной семье (59,7%), выбирающие как способ ухода из жизни повешение (85,6%), а также зачастую демонстрирующие признаки изменения поведения перед совершением суицида. У каждого четвертого ребенка, совершившего суицид, имелся родственник, покончивший жизнь самоубийством и каждый четвертый ребенок, так или иначе, демонстрировал внешние признаки суицидального поведения. Это лишь поверхностный усреднённый подход, который показывает лишь приблизительный «общий портрет» суицидента. Анализ посмертных КСППЭ несовершеннолетних показал, что данный вид экспертиз является одним из наиболее сложных и ответственных в судебно-психиатрической практике. Современный уровень проведения КСППЭ с учетом неблагоприятной обстановки данной проблемы в регионе требует не только высокого уровня профессиональной квалификации судебных экспертов, полноты и качества проведенных ими исследований, но также во многом зависит и от надлежащей подготовки

следователем материалов по каждой назначаемой им конкретной экспертизе. Проведенный анализ посмертных КСППЭ у несовершеннолетних показал, что в ряде представленных материалов уголовных дел отсутствовала важная для экспертов информация. К сожалению, не всегда достаточно полно была собрана характеризующая суицидента информация, а представленные сведения в ряде случаев представляли схожие показания.

Таким образом, отметим, что для квалифицированного экспертного заключения необходим расширенный перечень клинических, психологических, социально-демографических характеристик с наиболее подробным описанием семейного окружения, стиля воспитания, условий и климата обучения и других факторов. Крайне необходима и этническая составляющая описания, что позволит глубже понять региональную специфику детско-подростковых суицидов и увеличить количество точек приложения превентивных мер.

### **Литература:**

1. Батуева Н.Г., Лубсанова С.В., Тудупова Т.Ц., Березанцев А.Ю. Социально-психологические аспекты завершенных суицидов несовершеннолетних в Республике Бурятия (по материалам судебно-психиатрической экспертизы) // Фундаментальные аспекты психического здоровья. 2018. №4: 54-58.
2. Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Шишков С.Н., Полубинская С.В. Подготовка материалов следователями для производства посмертной комплексной судебной психологопсихиатрической экспертизы несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством (статья 110 УК РФ) // Методические рекомендации. - М.: ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, 2018. - 20 с.
3. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути её нормализации. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. 2012. № 2. [URL:http://medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения 01.03.2018)
4. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной

смертности и увеличению продолжительности жизни населения. *Вестник РАМН*. 2006; 8: 18-22.

5. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 2010; 4: 55-62.

6. Горинов В.В. Посмертные судебно-психиатрические экспертизы в уголовном процессе // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. – С.321-328.

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ КЛИНИКИ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В Г. МОСКВЕ**

**Бибчук М.А.**

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, mail@dpb6.ru

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы является старейшим учреждением в стране (год основания - 1895), оказывающим специализированную помощь детям 1-17 лет с психическими расстройствами и нарушениями поведения, включая суицидальное поведение. За последние 8 лет число пациентов Центра с суицидальными проявлениями постоянно возрастает. Так в 2011 году оно составило 236 чел., в то время как в 2018 году количество госпитализаций возросло до 1097 чел. Аналогичная зависимость выявлена и в отношении удельного веса госпитализаций с суицидальными проявлениями в общем числе госпитализаций, показатель которого увеличился почти в 2 раза.

Анализ динамики числа госпитализаций в Центр им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ с суицидальными проявлениями в 2011-2019 гг. в зависимости от численности детей и подростков в возрасте 0-17 лет в г. Москве наглядно свидетельствует, что в столице растет **потребность** в стационарной помощи для данной категории пациентов. В 2011 году число госпитализаций в Центр по поводу суицидальных проявлений

составило 0,084% от общего количества детей – жителей г. Москвы (1669,8 тыс. чел.), в 2012 – 0,073% (1739,0 тыс. чел), в 2013 – 0,089 (1791,4 тыс. чел), в 2014 – 0,086% (1839,7 тыс. чел), в 2015 – 0,13% (1896,4 тыс. чел), в 2016 - 0,18% (1972,7 тыс. чел), в 2017 - 0,22% (2025,1 тыс. чел) и в 2018 – **0,25%** (2080,3 тыс. чел). В период между 2014 и 2015 годами произошел резкий скачок количества госпитализированных подростков в Центр в связи с суицидальными проявлениями, обусловленный закрытием подросткового отделения ПБ №15 (г. Москва), и Центр им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения Г. Москвы остался единственным стационаром, оказывающим помощь детям и подросткам с суицидальными проявлениями.

Процент суицидальных попыток от общего количества госпитализаций с суицидальными проявлениями оставался относительно стабильным, однако у мальчиков он варьирует в диапазоне 20-33%, а у девочек – 41-54%.

Слабо вариабельный, практически стабильный удельный вес повторных госпитализаций высок и составлял в среднем 50,3% к числу первичных госпитализаций за 2011 - 2018 г.г. Количество повторных госпитализаций в течение года после первичной выписки также велико (21,9% в среднем).

Отмеченные выше тенденции требовали решений, которые позволили бы обеспечить первичную, вторичную и третичную профилактику суицидального поведения у детей, обеспечить маршрутизацию пациентов, согласовав действия как между амбулаторным звеном и стационарной специализированной помощью, так и между различными ведомствами, в первую очередь, между Департаментом здравоохранения и Департаментом образования г. Москвы. Таким образом, в соответствии с Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы в 2019 году была организована Клиника кризисной помощи в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы.

Клиника кризисной помощи или отделение острых кризисных состояний, специализируется на оказании помощи детям и подросткам 11 - 17 лет, находящимся в ситуации психологического кризиса,

имеющим суицидальные тенденции, самоповреждающее поведение, переживающим горе, насилие, жестокое обращение.

Специалисты отделения оказывают помощь только в случаях, когда ребенок и семья ищут помощи и готовы к сотрудничеству. Недобровольная госпитализация подростков с суицидальным поведением осуществляется в другие отделения Центра им. Г.Е. Сухаревой.

Главный принцип помощи в Клинике – ориентация на семью подростка. Сотрудники Клиники (и Центра им. Г.Е. Сухаревой в целом) исходят из того, что дети после стационара будут выписаны домой, и от того, что изменилось/ не изменилось в семье зависит прочность результата или необходимость в повторной госпитализации. Сотрудничающая позиция родителей является важнейшим условием организации реабилитационных мероприятий в отделении. Специалисты Клиники умеют вовлекать родителей в занятия с семейным психологом, групповые тренинги, другие занятия с подростками (подготовку к балу, профориентацию, прогулки и занятия спортом).

Вторым важным принципом работы отделения является формирование отношений доверия между подростком и родителями, подростком и специалистами. Для обеспечения этого принципа в отделении организована этапность оказания помощи. Врач и психолог «принимают» подростка и его семью в боксированной части отделения (10 коек), «проводят» через круглосуточный стационар (30 коек), «подхватывают» в дневном стационаре отделения (60 пациенто-мест) и поддерживают после выписки в кабинете постгоспитального сопровождения.

В бокс (палата на 1-2 человек) подросток поступает экстренно и находится там несколько дней, до тех пор, пока не будут готовы все основные анализы и справки, необходимые для пребывания в стационаре Центра.

Круглосуточная часть отделения представляет из себя 4 большие палаты (площадь каждой более 60 кв.м.) на 7-8 человек. Здесь добавляются групповые психологические занятия, школьные уроки, профориентация и другие реабилитационные мероприятия.



Дети, посещающие дневной стационар Клиники, приходят ежедневно из дома на занятия со школьными учителями, на психологические тренинги и иные мероприятия реабилитационного комплекса. После завершения лечения в дневном стационаре подростку и его семье назначаются поддерживающие встречи со специалистами в кабинете постгоспитального сопровождения. Периодичность встреч с психологом и врачом определяется состоянием подростка и семейной ситуацией в момент выписки.

Центральное место в организации помощи в Клинике занимают психотерапевтические методы лечения и реабилитации: занятия с семейным психологом, индивидуальная и групповая работа с кризисным психологом, арт-терапия, клиническая профориентация, пескотерапия, танцедвигательная терапия, театральная мастерская, БОС, творческие мастерские, кулинарная студия и многое другое для пациента и его семьи.

Подводя первые итоги работы Клиники, отметим, что за 9 месяцев 2019 года поступило 377 детей (64% экстренно и 36% в плановом порядке через консультативно-диагностическое отделение Центра им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ), из них: первично – 74%.

В половозрастной структуре пациентов преобладают девочки (14-16 лет) в соотношении 3:1 по отношению к мальчикам. Нозологическая структура представлена всеми рубриками МКБ-10, принятыми к использованию для детей и подростков, со значительным доминированием F 32 (45%).

Средняя продолжительность госпитализации в круглосуточной части Клиники – 32 дня. Повторно поступили в Клинику 14% пациентов и 12% повторно в текущем году.

Специалисты Клиники кризисной помощи за 9 месяцев 2019 года прочитали десятки лекций для родителей, учителей, директоров школ, провели множество семинаров и мастер-классов, выступали на фестивалях, «верандах здоровья» и мероприятиях, проводимых Департаментом здравоохранения с целью просвещения, информирования и дестигматизации службы психического здоровья детей.

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ В ДДИ И ЦССВ

**Белов А.И.**

ГКУ ЦССВ «Кунцевский» ДТиСЗН г. Москва

Последние годы стала проводиться реорганизация детских домов-интернатов для умственно отсталых детей (далее ДДИ), меняется их наименование (в г. Москве они теперь называются Центрами содействия семейному воспитанию, далее ЦССВ), их структура, задачи, функции, кадровый состав. Меняется и отношение общества к детям с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ), к учреждениям социальной защиты и оказываемой там психиатрической помощи. Эти перемены, кроме положительных моментов, повлекли за собой и проблемы в организации психиатрической помощи в этих учреждениях. Новый контекст требует пересмотра качества и методов оказания психиатрической помощи в ДДИ и ЦССВ, а также решение организационно-правовых вопросов.

Анализируя опыт работы нашего учреждения (ГКУ ЦССВ «Кунцевский» г. Москва), а также других учреждений социальной защиты г. Москвы, можно обозначить несколько основных проблем и предложить варианты их решения:

**1. Организационно-правовые вопросы.** В 2012 г. после разделения Министерства здравоохранения и социального развития на два отдельных министерства, психиатрическая служба учреждений социального развития лишилась организационно-методологических основ и центрального вертикального медицинского управления. В Министерстве социального развития и его региональных департаментах практически нет организационно-методологических отделов не только психиатрической службы, но и медицинской. В результате, различные нормативно-правовые документы, разрабатываемые Министерством здравоохранения, не доходят до учреждений соцзащиты, а если и доходят, то не адаптированы под специфику медицинской службы, в том числе и психиатрической. В результате в последние годы образовался правовой вакуум: отсутствие чётких нормативно-правовых документов, регулирующих оказание как

психиатрической, так и медицинской помощи в целом в учреждениях социальной защиты населения. Так, например, **приказом Минтруда РФ от 12 февраля 2018 г. N 83** был отменён целый пакет нормативно-правовых актов, регулирующих порядок оказания медицинской помощи в ДДИ; никаких альтернативных актов принято не было. Также были отменены **приказы Минсоцобеспечения РСФСР от 23 декабря 1980 г. N 146** "Об утверждении Инструкции об организации медицинского обслуживания, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий в детских домах-интернатах для умственно отсталых детей", **приказ Минсоцобеспечения РСФСР от 27 декабря 1978 г. N 145** "Об утверждении положений о доме-интернате для престарелых и инвалидов и психоневрологическом интернате» вместе с **Инструкцией о медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дома-интернаты**", утв. Минздравом СССР 05.09.1978 N 06-14/12, приказы регулирующие форму и порядок ведения истории болезни и т.д. Новые правовые документы не всегда конкретны и не полностью отражают специфику ДДИ и ЦССВ. Так, например, **в настоящее время пользуются Приказом МЗ РФ от 29 апреля 2015 г. N 216н** «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме». Данный приказ был разработан в целом для всех учреждений стационарного типа, без учёта специфики учреждений специализированного психоневрологического профиля. Согласно этому приказу и ребенку с симптоматической эпилепсией с длительной без медикаментозной ремиссией и ребенку страдающего частными серийными эпилептическими приступами одинаково противопоказано нахождение в учреждение социальной защиты.

Противопоказанием является сам факт диагноза «симптоматическая эпилепсия» без учёта частоты приступов, течения, длительности ремиссии. В то время, как в отмененной **Инструкции о медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дома-интернаты**", утв. Минздравом СССР 05.09.1978 N 06-14/12 было четко прописано, что противопоказанием является эпилепсия с частыми (более 5 раз в месяц) припадками, склонностью к серийным припадкам,

эпилептическому статусу, сумеречным состояниям сознания, дисфориям. **В настоящее время, после отмены данной инструкции, не существует нормативно-правового акта, определяющего медицинские показания для помещения в ПНИ и ДДИ (ЦССВ) лиц, страдающих ментальными расстройствами.**

**2. Проблема кадров.** Последние годы идёт тенденция замены младшего медицинского персонала, который находился в составе медицинской службы и был обучен, имел правовые основания, знание и умение оказания психиатрической помощи, в том числе детям в состоянии психомоторного возбуждения, на немедицинский средний (воспитатели) и младший (помощники воспитателей и младшие воспитатели) персонал, который не имеет правовых оснований оказывать психиатрическую помощь. Таким образом, при выраженном психомоторном возбуждении остаётся только одна медсестра. Кроме того, часто сотрудники группы не имеют элементарных психологических и психиатрических знаний и действуют интуитивно, в зависимости от своего обыденного представления о правильном и неправильном поведении ребёнка, и соответственно этому строят и своё поведение. Нет единой методологической системы подготовки младшего персонала группы. Решением этого вопроса было бы включение в штат групп хотя бы одного младшего медицинского работника. Было бы целесообразно создание единой образовательной программы для младших сотрудников и медицинского, и немедицинского (учебно-воспитательного) персонала, а также реальных школ и курсов с отработкой именно практических навыков.

**Таким образом выявляются следующие проблемы психиатрической помощи и перспективны ее развития в ДДИ и ЦССВ:**

1. Отсутствие структурного медицинского подразделения в органах исполнительной власти системы социальной защиты, которая бы управляла медицинской, в том числе психиатрической, службой учреждений социальной защиты, а также координировала работу с Министерством здравоохранения;

2. Отсутствие единой и достаточной нормативно-правовой базы, которая бы регулировала оказания как психиатрической, так и

медицинской помощи в учреждениях социальной защиты с отражением специфики работы этих учреждений;

3. Отсутствие единой методологической системы подготовки среднего и младшего немедицинского персонала групп, отсутствие правового регулирования возможности оказания ими психиатрической помощи, т.к. они работают с детьми с тяжелыми психическими заболеваниями;

#### **Для решения данных проблем предлагается:**

1. Создать медицинские отделы в органах исполнительной власти системы соцзащиты; поручить департаментам здравоохранения и вновь созданным отделам разработку нормативно-правовой базы, которая бы регулировала специфику оказания психиатрической, в том числе и медицинской помощи;

2. Создать единую методологическую систему психолого-психиатрической подготовки младшего медицинского и немедицинского персонала ДДИ (ЦССВ) для возможности участвовать в оказании психиатрической помощи и эффективной работы в группе; включение в штат группы младшей медицинской сестры.

### **МЕРЫ ФИЗИЧЕСКОГО СТЕСНЕНИЯ В ДДИ ( ЦССВ)**

**Белов А.И.**

ГКУ ЦССВ «Кунцевский» ДТиСЗН г. Москва

Опыт работы нашего учреждения, а также других учреждений социальной защиты г. Москвы, анализ доступной литературы, касающейся мер физического стеснения и изоляции, позволяет обозначить несколько основных проблем и предложить варианты их решения:

**Меры физического стеснения и изоляции.** Согласно действующему законодательству, меры физического стеснения и изоляции могут применяться только в психиатрических больницах, а значит, по сути, запрещены в ДДИ (ЦССВ). Однако, нигде в нормативно-правовых актах вы не найдёте, что именно относится к мерам физического стеснения. Поясним на примере. В некоторых зарубежных странах точно обозначено, что только фиксация к кровати

или стулу является мерой физического стеснения, остальные же мероприятия таковыми не являются. Отсутствие четкого содержательного определения термина «мера физического стеснения» часто приводит к произвольному его толкованию проверяющими органами и общественными организациями. Например, практикуемое в ДДИ временное надевание «варежки» при аутоагрессивном поведении (ребенок царапает себе лицо), некоторые «проверяющие» относят к мерам физического стеснения, хотя «варежка» - это способ обеспечения безопасности. Ни у кого не возникает сомнений, что фиксация к кровати или стулу является мерой физического стеснения и не должна применяться в ДДИ (ЦССВ). Но как квалифицировать те методы, к которым прибегают в отношении детей с тяжелыми психическими расстройствами, сопровождающимися аутоагрессивным или гетероагрессивным поведением? В учреждения социальной защиты на основании многолетнего опыта персонал научился применять методы «варежка», «тutor», «косынка», «шлем боксерский», «временное удержание руками ребенка на период возбуждения» - следует ли считать их «мерами физического стеснения»? Эти меры видятся наиболее гуманными, они не ограничивают ребенка в передвижении, дают возможность делать выбор, не болезненны, не травмируют ребенка и применяются только в период возбуждения. Тем не менее, их квалификация требует совместного обсуждения разными специалистами. Дополнительно к этим мерам сразу проводятся мероприятия психолого-педагогического характера, и тогда часто удается успокоить ребенка безмедикаментозно.

В том случае, если эти меры будут отнесены к мерами физического стеснения и окажутся под запретом, то встанет вопрос об альтернативных мерах для обеспечения безопасности детей и сотрудников. Просто запретом проблему не решить.

Вот какие, например, высказываются мнения по поводу вышеописанных мер обеспечивающих безопасность ребенка:

1) При психическом возбуждении ничего подобного (варежки, тьютора, шлемы и т.д.) в учреждениях социальной защиты применять нельзя, а необходимо госпитализировать в психиатрическую больницу, где ребенка «вылечат» или подберут «правильное лечение». Психомоторное возбуждение по нашим наблюдениям может быть

редким (раз в неделю или месяц) и кратковременным (в течение часа) и тогда нам видится более гуманным удерживать ребенка в течение определенного времени и надеть «варежки», «шлем», «тutor» раз в неделю, чем госпитализировать при каждом случае возбуждения на 1-2 месяца в психиатрическую больницу, где разрешается «фиксировать» к кровати, «не нарушая закон». Это тем более обоснованно, что по нашим наблюдениям госпитализация в психиатрическую больницу детей страдающих умственной отсталостью с поведенческими расстройствами малоэффективна. У 90% таких детей расстройства поведения рецидивируют в течение первого месяца после выписки при соблюдении рекомендованной терапии, а у 50% - в течение первых дней. В связи с этим мы практически отказались от госпитализаций, снизив количество госпитализаций с 70 в год до 1-2 госпитализации за последние три года (в основном это родительские дети по инициативе родителей). По нашим наблюдениям ребенку более гуманно и эффективно оказывать помощь в его привычных условиях - «дома и стены лечат», делая упор на психолого-педагогические методы коррекции, поведенческую, игровую терапию вкупе с медикаментозной (при необходимости).

2) Второе мнение: приставить к каждому «сложному» ребенку отдельного человека. Но с учетом того, что в среднем около 30% детей страдают выраженными поведенческими нарушениями, увеличение штата сотрудников группы в рамках учреждения на 30% повлечет дополнительные финансовые затраты, а вопрос дополнительного бюджетного финансирования всегда стоит остро. Такой вариант был бы идеальным, и когда такое станет возможным, то тогда «иные меры обеспечения безопасности» возможно будут уже не нужны.

3) Третья группа предлагает не госпитализировать, не применять «иные меры», а при возбуждении помещать ребенка в так называемую «мягкую комнату» с «мягкими игрушками», и под наблюдением сотрудника дать ребенку время успокоиться. На это следует сразу несколько возражений. Во первых, надо решить, не является ли «мягкая комната» в условиях ДДИ мерой изоляции с правовой точки зрения, во-вторых, этот метод может быть эффективен только в ограниченном ряде случаев, когда ребенок бьется частями тела о

твердые предметы, но ребенок часто наносит себе травмы сам, рукой, ногой бьет себя по голове и тогда «мягкие стены» неэффективны.

Решением этого сложного вопроса была бы разработка чётких критериев, по которым квалифицируются меры физического стеснения, изоляции, либо составление конкретного перечня мер физического стеснения и изоляции. Кроме того, для учреждений социальной защиты необходимо разработать, назовём их, «иные меры», не связанные с мерами физического стеснения, изоляции, но обеспечивающие безопасность ребенка и окружающих при выраженном психомоторном возбуждении. Продолжая игнорировать и замалчивать эту важную тему, мы создаем условия или для избыточного применения мер физического стеснения, или, наоборот, для бездействия: из-за страха наказания сотрудники не решаются применять «меры, обеспечивающие безопасность». В случае развития возбуждения у ребенка бездействие зачастую может привести к травматизации как детей, так и самих сотрудников.

Таким образом существуют следующие проблемы психиатрической помощи в ДДИ (ЦССБ): Отсутствие в нормативно-правовых документах четкого понятия о мерах физического стеснения и изоляции, критериях, на основе которых можно будет отнести применяемые меры обеспечения безопасности к мерам физического стеснения или к иным мерам, обеспечивающим безопасность ребенка,

#### **Решение данных проблем можно найти путем:**

Дополнения Закона РФ «О психиатрической помощи...» уточнениями или принятие отдельного нормативного акта о видах конкретных мер, которые относятся к мерам физического стеснения и изоляции;

Разработка методологических инструкций и нормативно-правовых актов по разрешенным в детской психиатрической практике в условиях ДДИ (ЦССБ) мерах обеспечения безопасности, при кратковременном и затяжном психомоторном возбуждении, не требующим госпитализации, их правовое и документальное оформление.



# НЕКОТОРЫЕ МЕРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Белов А.И.

ГКУ ЦССВ «Кунцевский» ДТиСЗН г. Москва

Наличие тяжелых психических, неврологических и соматических расстройств повышает риск травм, аспираций, патологических переломов, что требует разработки особых мер профилактического характера. Опыта работы ГКУ ЦССВ «Кунцевский» последних трех лет позволил разработать меры эффективной профилактики подобных состояний.

## 1.Профилактика патологических переломов.

У детей с выраженными нарушениями опорно-двигательного аппарата, практически находящихся на постоянном постельном режиме, и с расстройством обменных процессов развивается остеопороз или нарушается остеогенез (т.е. обнаруживается недостаток кальция в костной ткани). Эти процессы приводят к патологической хрупкости костей: они ломаются от незначительных воздействий. Даже при проведении обычных гигиенических манипуляций возможны так называемые патологические переломы, что и определяет особенности ухода такими детьми. В ГКУ ЦССВ «Кунцевский» мы разработали инструкцию по уходу за такими детьми и методику обучение по ней всего персонала группы.

Данные меры показали свои эффективность. По результатам обследования (рентгенография, кальцитонин, паратгормон, остеокальцин и др.) были выделена группа детей с риском возникновения патологических переломов. Ниже приведена инструкция, которой на ежедневной основе пользуется персонал ГКУ ЦССВ «Кунцевский»:

1.Медицинские сестры, помощники воспитателей, младшие помощники воспитателей, воспитатели **должны знать детей**, имеющих риск патологических переломов. 2.При выполнении гигиенических процедур и других манипуляций персоналу **необходимо пригласить медицинскую сестру** для осуществления контроля по уходу.

3.Постовая медицинская **сестра должна присутствовать** при выполнении гигиенических процедур и манипуляций и следить за правильностью их выполнения. В связи с патологической хрупкостью костей **нельзя делать резких движений**, при переворачивании ребенка и других манипуляциях требуется особая аккуратность и бережность; ребенка можно поднимать только за туловище и таз, а не за руки и ноги. 4. Ребенка, который может самостоятельно переворачиваться, **категорически нельзя оставлять без присмотра**, при опущенной боковине кровати, так как увеличивается риск падения и травм. 5.Необходимо **следить за положением ребенка в течение дня** в кровати, чтобы руки, ноги и голова не попадали в проемы кроватей; также, если ребенок принимает неудобное положение, то это может вызывать напряжение костей скелета, переломы, удушения. 6.

При передаче смены медицинские сестры, обслуживающие детей с риском патологических переломов, должны находиться непосредственно у постели ребенка и обязательно осматривать кожные покровы на предмет отеков, деформаций и других косвенных признаков патологических переломов. 7. В ночное время медицинская сестра не реже одного раза в час обязана совершать обход всех детей. В процессе обхода медицинская сестра должна подойти к каждому ребенку, проверить его состояние, и особое внимание уделить детям, с риском патологических переломов: проверить положение тела, рук, ног, и частоту дыхательных движений. При манипуляции ночью (замена памперса, медицинские манипуляции – ведение свечей и т.д.) медицинская сестра работает совместно с персоналом по уходу за детьми, используя фонари для дополнительного освещения.8. При изменении состоянии ребенка (например, при явном возбуждении, крике, плаче) медицинская сестра должна осмотреть кожные покровы, руки и ноги на предмет отеков, деформаций и других косвенных признаков патологических переломов.

**2. Профилактика аспирационного синдрома.** Выраженные формы психических и неврологических расстройств сопряжены с риском развитие аспирационного синдрома, которых может проявляться аспирационными пневмониями и развитием опасного для жизни состояния – асфиксией инородным телом. **Асфиксия** (аспирация инородными телами) может происходить по следующим причинам:

1. Аспирация инородными телами при **патологическом влечении к поеданию несъедобного** (копрофагия), стремление к поеданию несъедобных предметов (комнатные растения, камни, нитки, ткань, мелкие детали игрушек и т.д.). Часто отмечаются при тяжелых формах умственной отсталости. 2. **Аспирация при приеме пищи** может происходить: а) при развитии во время приема пищи **эпилептического приступа, других состояний с расстройством сознания (обмороки и т.д.)**; б) при **торопливом употреблении пищи**, что может служить причиной механической асфиксии. При недостаточном пережевывании пищи большие, плохо обработанные кусочки еды способны закрывать просвет ротоглотки (часто отмечается при тяжелых формах умственной отсталости, при которых имеет место патологическое отсутствие чувства насыщения при приеме пищи); в) при **психоэмоциональном состоянии**: испуге, крике, плаче, смехе, во время разговоров, игр, при двигательном возбуждении, в случае кашля с глубоким вдохом во время еды; г) при замедленном жевании и глотании пищи (дисфагии), при недостаточном ее размельчении; при снижении защитных рефлексов глотки и гортани, при врожденном или приобретенном поражении центральной нервной системы (псевдобульбарный синдром и т.д.), на приема некоторых лекарств.

**Профилактические мероприятия.** 1. Во время прогулок и в группах следует постоянно вести надзор за **детьми с патологическим влечением к поеданию несъедобного**, следить, чтобы на площадке и в группе не было посторонних мелких предметов; 2. Во время приема пищи персонал группы, участвующий в приеме пищи, должен постоянно наблюдать за детьми, особенно за детьми из группы риска. Задачей ставится, чтобы ребенок принимал пищу спокойно, не торопясь, небольшими порциями, при этом не разговаривал, вел себя спокойно, не игрался за столом. Особо следует обращать внимание на то, как дети едят хлеб: они склонны к употреблению сразу большого объема хлеба и при плохом пережевывании во рту образуется большой липкий комок. Персонал должен учить детей **тщательному пережевыванию пищи**. 3. **Кормить детей с дисфагией**, находящихся на постоянном постельном режиме, в том числе через зонд или гастростому, нужно строго под углом 45 %, медленно в течение 20 минут, порцию за порцией, дожидаясь, пока ребенок полностью

проглотит предыдущую порцию. После кормления ребенок должен в течение 40-60 минут оставаться под углом 45%.

**Школа первой помощи.** В нашем учреждении организована школа первой помощи. Трое сотрудников прошли обучение по методике преподавания навыков оказания первой помощи пострадавшим. Учреждение приобрело тренажеры-манекены для отработки приемов Геймлиха, проведение СЛР. Мы разработали программу обучения всех сотрудников, в том числе с учетом специфики работы с детьми с контрактурами и деформациями, с наличием трахеостомы.

Таким образом, в учреждениях социальной защиты, где имеются дети с тяжелыми формами психических и неврологических расстройств, применение разработанных простых к применению инструкций, следование им и постоянное обучение персонала эффективно снижает риск травм и несчастных случаев; обучение всех сотрудников ( прежде всего немедицинских) на манекенах и тренажерах навыкам оказания первой помощи и алгоритмам действий значительно повышает готовность, в том числе и психологическую, к оказанию первой помощи ребенку и повышает шансы спасти ему жизнь в экстренной ситуации.

## **ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ**

**Белов А.И., Мейский П.П.**

ГКУ ЦССВ «Кунцевский» ДТиСЗН г. Москва

**Обзор проблематики.** Значительная часть детей с ограниченными возможностями здоровья в учреждениях социальной защиты страдают умственной отсталостью, а среди них 20-30% имеют выраженные поведенческие расстройства. Оказание медицинской, психолого-педагогической, реабилитационно-абилитационной помощи, их социализация, обучение, отдых и оздоровление встречают множество проблем и препятствий. Несмотря на возможно имеющиеся биологические причины расстройства поведения у детей с тяжелой

умственной отсталостью, дети с расстройствами развития чрезвычайно чувствительны и к социально-психологическим факторам, к окружающей обстановке и, часто, на ее негативное изменение реагируют ауто- и гетероагрессией. В связи с чем проблема оказания помощи детям с умственной отсталостью и поведенческими нарушениями в учреждениях социальной защиты является актуальным. Далее речь пойдет о воспитанниках ДДИ (ЦССВ) в основном с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости.

### **Основные социально-психологические причины возникновения нарушений поведения детей с умственной отсталостью в учреждениях социальной защиты:**

1. Эмоциональная депривация. В отличие от многих «домашних» детей, воспитанники казённых учреждений редко находятся в атмосфере заботы и любви, что может быть основной причиной развития ауто- и гетероагрессии. В казённом учреждении ребёнок может стать «любимчиком» если спокоен, обаятелен и не доставляет хлопот или попадает в «тепличные» условия; дети с агрессией и аутоагрессией редко бывают «любимчиками», поэтому получают тепла ещё меньше, чем «спокойные», что является дополнительным препятствием для создания «не деструктивной» модели поведения.

2. Гиподинамия. Дети мало двигаются в отделении, если только сами не обладают гиперактивностью. Соответственно снижается фон настроения, «нерастраченная» энергия выливается в различные виды возбуждения с ауто- и гетероагрессией, нарушением сна и т. д.

3. Замкнутость. Многие дети с ауто- и гетероагрессивным поведением практически никогда (за исключением обследования и лечения) не покидают пределов учреждения, постоянно находятся в стереотипной обстановке, со стереотипным режимом, что приводит к так называемой «скуке» и ребенок бессознательно вносит разнообразие в свою жизнь, стремится получить новые эмоции, и избирает тот способ, которые ему известен и доступен-аутоагрессивное поведение.

4. Соотношение взрослые-дети. Чаще всего в каждый момент времени на одного сотрудника приходится несколько детей, и уделить внимание всем не представляется физически возможным (даже если у работника есть желание).

5. Обследование и лечение. Проблема стигматизации «особых» детей находящихся в учреждениях социальной защиты и

имеющих расстройства психики остается до сих пор крайне актуальной, так как многие медицинские работники, в том числе врачи общей практики и неврологической сети не считают «особых» детей полноценными людьми, часто боятся таких детей, «не хотят с ними связываться», а часто и не видят смысла, например, исправлять косоглазие или оперировать катаракту, если ребенок и так «не сможет никогда научиться читать, считать и вообще приносить какую-либо пользу обществу», поэтому считают необходимым сосредоточиться на лечении «здоровых» детей. 6. Психофармакотерапия в детском возрасте. В психофармакотерапии предпочтение отдаётся типичным нейролептикам, хотя хороший эффект может дать назначение атипичных нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов и «нормотимиков» с уменьшением или отменой «старых» нейролептиков. В психиатрических стационарах подход часто формальный и после лечения ребёнок возвращается на той же терапии, что была при поступлении. К этим проблемам так же приводит малый арсенал психотропных препаратов, разрешенных к применению в детском возрасте. В инструкциях по применению нейролептиков, особенно «атипичных» основное показание – шизофрения, а терапия психопатоподобного поведения при умственной отсталости не указана и нет исследования по их применению в детско-подростковом возрасте (отчасти потому, что эта частная проблема не разработана не только у нас в стране, но и зарубежом).

### **Возможные пути решения проблем оказания помощи детям с умственной отсталостью и поведенческими нарушениями в учреждениях социальной защиты**

1. Создание «домашней» атмосферы с сокращением числа детей в учреждении и одновременным увеличением количества сотрудников, непосредственно работающих с детьми.

2. «Системный подход»: Для коррекции поведенческих нарушений у такой категории детей требуется комплексный подход, когда все специалисты объединяется для решения конкретной проблемы, например, аутоагрессии у данного ребёнка, разрабатывается программа (в том числе с индивидуальным режимом дня, двигательной активности и пр.) и каждый работает и включается в систему общей программы. Главное её условие это непрерывность

процесса и тотальность. Все сотрудники, специалисты, которые окружают ребёнка, в том числе воспитатели и младший персонал по уходу, учителя домашнего обучения, помимо выполнения своих обязанностей, должны быть вовлечены в единый процесс. Как показывает наша практика, результатом такой командной работы, в основе которой лежит поведенческая терапия, является - формирование стойкой новой неструктивной модели поведения ребёнка. Видимый результат наступает примерно через 6 месяцев, до этого может происходить период ухудшения в состоянии ребёнка, когда ломается старый «деструктивный», но знакомый и привычный стереотип поведения в новую модель конструктивного поведения. Сам принцип можно сформулировать так: научиться сотрудникам работать на одной «частоте», чтобы достичь эффекта «командного резонанса» и тогда результаты будут более ощутимые.

3. Введение «тьюторства» может облегчить переход от старых разрушительных моделей поведения к новым.

4. Увеличение двигательной активности детей: изменение режима дня, вовлечение детей в процессы, связанные с обслуживанием себя, трудовые процессы. Например, выполнение простых бытовых операций, покупка товаров и продуктов в магазине, приготовление пищи, уборка своей комнаты и пр.

5. Расширение впечатлений (как одной из базовых потребностей человека) в виде расширения территории прогулок, организованного вывоза детей в различные парки, к водоемам и т.п., что возможно при наличии большего числа сотрудников.

6. Терапия. Уменьшение роли психофармакотерапии для управления поведением детей. Уменьшение удельного веса нейрорептиков в пользу антидепрессантов, транквилизаторов и «нормотимиков».

7. Создание специализированного многопрофильного стационара для «особых» детей или открытие специализированных отделений в уже существующих больницах т.к. имеющихся психоневрологических (психосоматических) детских отделений или коек недостаточно, а обычные соматические отделения не приспособлены для одновременного лечения «здоровых» и «особых» детей т.к.

последние могут быть гиперактивны, импульсивны и часто дезорганизуют работу «обычного» стационара.

## **ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В СОЦИОЗАЩИТНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ**

**Бобров А.Е.<sup>1</sup>, Уласень Т.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Москва, Россия.

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. Смоленск, Россия. [ulasen.tatjana@yandex.ru](mailto:ulasen.tatjana@yandex.ru)

В последнее время отмечается стойкая тенденция к росту психических расстройств у детей и подростков. Специфическую категорию в этом отношении представляют дети, воспитывающиеся в социозащитных учреждениях и имеющие, как правило, множественный травматический опыт. Важнейшее место среди перенесенных неблагоприятных событий у данного контингента занимает эмоциональная депривация. Она во многом определяет характер как самих травматических переживаний, так и привносит особенности клинических проявлений формирующихся патохарактерологических нарушений.

Цель – изучить частоту и структуру непсихотических психических расстройств у воспитанников СЗУ; оценить влияние на них гендерных и возрастных различий, а также фактора сиротства; провести сравнительный анализ частоты выявленных психических нарушений у воспитанников СЗУ и учащихся общеобразовательных школ; выявить возможные связи между различными формами психических расстройств и характером перенесенных воспитанниками СЗУ травматических событий.

Обследованы 181 ребенок (девочек – 79, мальчиков – 102) в возрасте 3-17 лет включительно, воспитывающиеся в социозащитных



учреждениях (сироты, социальные сироты и дети из малообеспеченных семей). Средний возраст обследуемых детей и подростков  $M(SD)$  – 11,50(3,6). На скрининговом этапе было проведено сплошное обследование воспитанников, впервые поступивших в социозащитное учреждение – Смоленское областное государственное бюджетное учреждение «Смоленский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс». Проведено общеклиническое обследование психиатром, педиатром, неврологом и окулистом. Использовано полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей, построенное на основании критериев посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV (А. И. Щепина и А. В. Макаруч, 2004). Выделены следующие психотравмирующие факторы: «физическое насилие», «сексуальное насилие», «пренебрежение», «трудная жизненная ситуация», «наличие химических зависимостей у родителей», «смерть одного или обоих родителей». За основу изучения возрастной специфики психических расстройств взята периодизация психического развития Д. Б. Эльконина, что позволило выделить следующие группы детей и подростков: 1-я возрастная группа (3-6 лет); 2-я возрастная группа (7-11 лет); 3-я возрастная группа (11-15 лет); 4-я возрастная группа (15-17 лет). Статистический анализ выполнен с использованием F-критерия Фишера, критерия Манна–Уитни, выборочного коэффициента ранговой корреляции Спирмена, таблицы сопряженности. Корреляционные связи оценены по шкале Чеддока.

Полученные данные свидетельствуют о значительной частоте непсихотических психических расстройств у воспитанников социозащитных учреждений, достигающей 89%. В структуре этих расстройств чаще всего отмечались органическое эмоционально-лабильное расстройство, смешанное расстройство эмоций и поведения, специфические расстройства школьных навыков. При этом статистически значимых гендерных различий в распределении психических расстройств не обнаруживалось. При изучении структуры психических нарушений в возрастном аспекте выявлены следующие особенности: стабильно высокая частота органического эмоционально лабильного расстройства (от 66,7 до 33,3% в разных возрастных подгруппах); постепенное увеличение процента смешанного

расстройства эмоций и поведения от младшей возрастной группы к старшим возрастным группам (с 13,3 до 33,3-26,1%); волнообразный характер изменения частоты специфических расстройств школьных навыков и U-образное изменение частоты специфических расстройств речи. С возрастом закономерно снижается частота неорганического энуреза, однако заметная группа таких детей выявляется и в младшем, и в среднем школьном возрасте. Выявлена высокая частота депрессий в группе старших подростков, которая существенно превышает популяционные показатели для взрослых и достигает 17,4%. Выявлены статистически значимые гендерные различия. Они, проявляются в более частом возникновении неорганического энуреза у девочек в возрастной группе 3-6 лет ( $p=0,01<0,05$ ) и смешанных расстройств эмоций и поведения у мальчиков в возрастной группе 15-17 лет ( $p=0,00<0,05$ ).

Представляют практический интерес результаты изучения частоты психических расстройств в зависимости от наличия или отсутствия семейного воспитания, предшествующего помещению в социозащитное учреждение. У сирот чаще выявлялись депрессия, органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция, легкое когнитивное расстройство. В то же время у детей, воспитывавшихся в семьях, чаще встречалось смешанное специфическое расстройство развития, а также отмечался выраженный тренд к преобладанию фобического тревожного расстройства детского возраста.

Специальный раздел работы был посвящен анализу характера перенесенных воспитанниками социозащитных учреждений психотравмирующих переживаний. С наибольшей частотой у них выявлялись переживания, связанные с трудным материальным положением – 164 случая (90,6%), химическими аддикциями родителей – 100 случаев (55,2%), ситуациями пренебрежения – 93 случая (51,4%), смертью родителя (родителей) – 29 случаев (16,0%), физического насилия – 24 случая (13,3%), сексуального домогательства – 4 случая (2,2%). Впервые проведена кросс-табуляция этих данных с целью изучения фактора сопряженности отдельных видов психотравм с выявленными психическими расстройствами у данного контингента. Выявлена статистически значимая сопряженность между физическим

насилием и возникновением депрессивного эпизода. Сексуальное насилие чаще сопряжено с возникновением у детей и подростков смешанных расстройств эмоций и поведения. Смерть родителей значимо часто сочетается с депрессией и соматовегетативной дисфункцией. Алкоголизм и наркотизация родителей статистически значимо сопряжены с депрессией и гиперкинетическим расстройством. Имеются также тренды к сочетанию данного фактора со смешанным специфическим расстройством развития и неорганическим энурезом. Такие психотравмирующие факторы как пренебрежение и трудное материально положение, не обнаруживают статистически значимых ассоциаций с отдельными видами психических расстройств. Однако в первом случае имеется отчетливая тенденция к сочетанию с депрессией, а во втором случае – с расстройством адаптации.

Указанные данные показывают, что во всех возрастных группах имеет место признаки органической недостаточности центральной нервной системы. Однако у детей младшего возраста развитие психопатологических нарушений в большинстве случаев определяется нарушенными детско-родительскими отношениями. На это указывает высокий процент в младшей возрастной группе детских фобий, расстройств привязанности и неорганического энуреза. У детей более старшего возраста, напротив, преобладают нарушения созревания личности, что находит выражение в учащении смешанных расстройств эмоций и поведения, а также юношеских депрессиях.

Таким образом, учитывая чрезвычайно высокую частоту непсихотических психических расстройств, сопряженных с ситуациями насилия у воспитанников социозащитных учреждений, необходим дифференцированный подход в применении комплексных медико-психологических мероприятий, направленных на коррекцию выраженных последствий перенесенных травматических переживаний у обследуемого контингента в условиях депривационного опыта.

## СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

**Богданова Е. В., Юрченко Т. Ю.**

КГБУЗ "Краевая клиническая психиатрическая больница" министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

[elenabogdanova07@mail.ru](mailto:elenabogdanova07@mail.ru)

Профилактика суицидов среди населения, особенно среди детей и подростков является сегодня одной из первостепенных задач общества. Для снижения суицидальной смертности необходимы меры, направленные на своевременное выявление суицидальной настроенности у человека, в особенности среди несовершеннолетних, информирование населения о возможностях получения необходимой помощи, мотивирование на ведение здорового образа жизни, совершенствование мониторинга за данным явлением.

В краевой клинической психиатрической больнице- КГБУЗ "Краевая клиническая психиатрическая больница" министерства здравоохранения Хабаровского края (далее – КГБУЗ "ККПБ") работа с несовершеннолетними суицидентами проводится на базе амбулаторного психотерапевтического отделения, включающего отделение экстренной психотерапевтической помощи – "Телефон Доверия", кабинет социально-психологической помощи (далее – кабинет СПП). В рамках реализации распоряжения министерства здравоохранения Хабаровского края от 17.09.2018 № 1021-р "Об организации информационного взаимодействия о поступлении пациентов с тенденциями суицидального характера" отработано взаимодействие с медицинскими учреждениями края о передаче информации о лицах, с незавершенными суицидальными попытками в КГБУЗ "ККПБ". При выявлении суицидальных тенденций у несовершеннолетнего любой специалист медицинского учреждения края (участковый педиатр, терапевт, психиатр и др.) передает по защищенному каналу связи - VIP NET сигнальный талон в Кабинет СПП для внесения данных в Реестр. В крае разработана система маршрутизации несовершеннолетних суицидентов, включающая заполнение специального сигнального талона на каждый случай

(незавершенный суицид), с дальнейшей передачей информации в КГБУЗ "ККПБ" (схема 1).

В Кабинете социально психологической помощи КГБУЗ "ККПБ" информация о суицидентах систематизируется, включается в Реестр несовершеннолетних лиц с незавершенными суицидами, разрабатывается программа их дальнейшего сопровождения. Ведение реестров суицидентов позволяет своевременно выявлять группы риска суицидоопасных состояний среди несовершеннолетних, оказывать специализированную психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь в территориях Хабаровского края.

По представленным данным о числе несовершеннолетних суицидентов, состоящих в Реестре КГБУЗ "ККПБ" МЗ ХК в 2017 и 2018г., по возрастному признаку преобладают подростки в возрасте от 14 до 18 лет, что составляет 88%. По способу совершения суицидальной попытки преобладают порезы, что составляет 60%, затем отравления, удушения и другие причины. По половому признаку, преобладают лица женского пола, что составляет 80%, лица мужского пола составили 20% соответственно. По социальному статусу из Реестра суицидентов, дети, не имеющие родителей (сирота) составили небольшой процент (12% и 2%), наибольшая часть несовершеннолетних (80%) составили лица, имеющие семью. Из числа состоящих в Реестре несовершеннолетних суицидентов, 66% детей получили лечение в условиях психиатрического стационара, это случаи с тяжелыми расстройствами депрессивного круга, что требовало наблюдения пациента в круглосуточном режиме, назначения антидепрессантов, а также оказание системного психолого-психотерапевтического сопровождения. У детей и подростков на материале КГБУЗ "ККПБ" в 2018 г. в 32% случаев (31 человек) при обследовании был установлен диагноз психического заболевания, либо острой реакции на стресс, превышающей по выраженности допустимый (невротический) уровень. Остальные 68% суицидентов – дети и подростки с невротическими, адаптационными реакциями, характерологическими особенностями, не достигающими степени грубого психического расстройства.

Анализ случаев незавершенных суицидов среди несовершеннолетних в возрасте с 10 до 17 лет свидетельствует о том, что причинами суицидов среди несовершеннолетних чаще всего

являются семейные конфликты 36%, романтические отношения (безответная любовь) - 22%, конфликты со сверстниками - 31%, неуспехи в учебе, страх перед сдачей экзаменов, ЕГЭ (6%) и др.

Организация работы по профилактике суицидов среди детей и подростков в Хабаровском крае проводится в соответствии с разработанным на уровне Правительства Хабаровского края межведомственным комплексом мер по профилактике суицидального поведения среди несовершеннолетних на 2018-2020 годы.

Между КГБУЗ "ККПБ" и КГБУ "Хабаровский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи" заключено Соглашение о межведомственном взаимодействии, направленном на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям и подросткам, усиление профилактических мер по предотвращению суицидального поведения (схема 1).

Для оказания экстренной психологической помощи в круглосуточном режиме в КГБУЗ "ККПБ" организовано отделение экстренной психологической помощи "Телефон Доверия" (далее - "ТД"), обслуживающий три линии: психологическая помощь ("горячая" линия) –(4212) 30-71-71, Всероссийский детский "ТД" – 8-800-2000-122, информационная линия психотерапевтической службы – (4212) 36-36-45

В 2018 году по "горячей" линии "ТД" обслужено 11339 обращений (в 2017 г. – 10744), что на 10-20% превышает показатели прошлых лет. Из них детских обращений в среднем 1700 в год. Увеличение общего количества обращений на "ТД" в 2018 году связано с усилением профилактической работы, путем активного размещения номеров "ТД" через СМИ и интернет. Наибольшее число детских обращений на "ТД" связано с конфликтами со сверстниками - 38%, сложностями во взаимоотношениях с родителями - 27%, неразделенной любовью - 18%, неуспехами в школе - 18%, страхом перед сдачей ЕГЭ - 6% и др.

В целях профилактики суицидоопасных состояний суицидологической службой КГБУЗ "ККПБ" подготовлены и изданы методические и информационные материалы по превенции суицидов, для информирования врачей общесоматического профиля, школьных психологов, педагогов, родителей. Разработана и активно

функционирует система оказания психологической помощи он-лайн. Получить психологическую помощь можно на страницах в социальных сетях "Фейсбук" и "В Контакте", создан аккаунт в сети инстаграмм, работают сайты психотерапевтического центра, психологический портал.

В настоящее время на материале суицидологической службы КГБУЗ "ККПБ" подтверждается мнение о многофакторном генезе суицидального поведения.

В каждом конкретном случае причина такого поведения не одна, речь идет о комплексном социально-психологическом кризисе с нарушением адаптации человека.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ**

**Бодагова Е.А.**

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г.Чита  
bodagova.ea@yandex.ru

В стратегических направлениях государственной политики в области здравоохранения и образования приоритетной и особо значимой для реализации модели устойчивого развития нашей страны, остается тема здоровья детей.

При этом в обществе уже давно сложилась особая и достаточно крупная социально-демографическая группа – дети-сироты, а проблема социального сиротства является одной из существенных, остро стоящих перед российским государством и обществом на современном этапе.

Состояние здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, отличается от здоровья детей общей популяции и является крайне неудовлетворительным. Следует отметить также известный факт, что среди социальных сирот имеется значительное число детей с нарушенной психикой и отклонениями в поведении. Поэтому, психическое здоровье детей-сирот было и остается актуальной проблемой.

**Целью настоящего исследования** был клинико-эпидемиологический и психопатологический анализ состояния здоровья детей Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей Забайкальского края.

**Материалы и методы.** Был проведен статистический анализ медицинских карт, карт по диспансеризации и личных дел 109 воспитанников трех Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей. А также было проведено психометрическое обследование 124 детей при помощи стандартизированных скрининговых методик: опросник Басса-Дарки (оценка агрессивности), опросник Спилбергера-Ханина (оценка тревожности), опросник М. Ковач (оценка депрессии), опросник Леонгарда-Шмишека (для оценки свойств характера и темперамента), опросник суицидального риска. Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась при помощи стандартного пакета программ «Statistica 10.0 for Windows» с применением хи-квадрата Пирсона ( $\chi^2$ ).

**Результаты.** Из 109 воспитанников 61,5% (n=67) составили мальчики и 38,5% (n=42) – девочки в возрасте от 11 до 17 лет. Согласно анамнестическим сведениям, содержащихся в личных делах воспитанников 78% (n=85) имеют наследственную отягощенность по алкоголизму у родителей; у 20,2% (n=22) наследственность неизвестна. Небольшой процент обследуемых имеет отягощенную наследственность по шизофрении - 0,9% (n=1) и умственной отсталости - 0,9% (n=1).

Оценивая микросоциальный статус детей, было выявлено, что 60,5% (n=66) воспитывалось в полной семье и 39,5% (n=43) воспитывалось только матерью. При этом у 78% (n=85) детей мать была лишена родительских прав и не работала; у 35,8% (n=39) – отец был также лишен родительских прав, у 3,6% (n=4) – отец находился в местах лишения свободы, а у 44% (n=48) воспитанников отец был неизвестен. Практически каждый ребенок – 88% (n=96) воспитывался в малообеспеченной семье, более половины детей – 55% (n=60) воспитывались в условиях безнадзорности.

Оценивая макросоциальный статус, выявлено, что воспитанники также недостаточно справлялись с социальной ролью учащегося и отличались малой заинтересованностью в учебе: так, 44%



(n=48) имели низкую успеваемость в школе, а 57,8% (n=63) проявляли безразличное отношение к обучению. Эти данные свидетельствуют о трудностях организации систематической учебной деятельности этих детей, недостаточной сформированности у них познавательной мотивации, что в свою очередь приводит к нарушениям дисциплины, конфликтам с учителями и сверстниками, тем самым усугубляя дезадаптацию – у 53,2% (n=58) отмечены антидисциплинарные, антиобщественные поступки.

У каждого второго воспитанника по анамнестическим данным имелись расстройства поведения – 58,7% (n=64): негативизм – 24,8% (n=27), конфликтность и жестокость – 22,9% (n=25), лживость и пассивность – 7,5% (n=8), бродяжничество – 3,6% (n=4).

По данным медицинской документации у 23% (n=25) детей имеются задержки психического развития (F80-83), у 16,5% (n=18) – органические легкие когнитивные расстройства (F06.7), у 14,7% (n=16) – смешанное расстройство поведения и эмоций (F92), у 6,4% (n=7) – социализированное расстройство поведения (F91.2), у 3,6% (n=4) – органическое непсихотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями и лишь 35,8% (n=39) детей не имели диагноза по психическому расстройству. На учете у психиатра состоят 23% (n=25), у нарколога – 4,6% (n=5) и у невролога – 71% (n=77) детей.

При проведении психопатологического обследования 124 детей, оценивался уровень тревожности. Были получены следующие результаты: личностная тревожность низкого уровня выявлена всего лишь у 13% (n=16), среднего уровня – у 58,7% (n=73) и высокого уровня – у 28,3% (n=35) детей – у 37,2% (n=13) девочек и 24,7% (n=22) мальчиков.

Что касается депрессивного состояния воспитанников, то 30,6% (n=38) детей имеют депрессию легкой степени, а выраженное депрессивное состояние выявлено у 13% (n=16) детей – 14,3% (n=5) девочек и 12,4% (n=11) мальчиков.

Суицидальный риск выявлен у 19,4% (n=24) воспитанников.

При исследовании уровня агрессии при помощи методики Басса-Дарки, обращает на себя внимание наличие агрессивности среднего уровня – 36,3% (n=45) – у 37,2% (n=13) девочек и 36% (n=32) мальчиков.

При исследовании личностных особенностей выявлено, что 14,5% (n=18) детей имеют ту или иную выраженную акцентуацию характера. В основном воспитанники имеют гипертимный, лабильный, аффективный и демонстративный типы акцентуации характера. Тенденции к различным типам (средняя степень акцентуации) имеют 41,1% (n=51) детей – 51,4% (n=18) девочек и 37% (n=33) мальчиков, при этом девочки являются более акцентуированными, чем мальчики ( $p=0,01$ ).

**Выводы.** Таким образом, обращает на себя внимание наличие у воспитанников детских домов крайне неблагоприятных микро и макросоциальных факторов: алкоголизм родителей (практически у 80%), безнадзорность (55%), низкая успеваемость в школе (44%), расстройства поведения (59%) и антидисциплинарные поступки (53%). Воспитанники также имеют неудовлетворительные клинические показатели: практически каждый второй ребенок имеет тот или иной психиатрический (64%) и неврологический (71%) диагнозы.

Психопатологический анализ также подтверждает неблагополучное психоэмоциональное состояние воспитанников детских домов. Данный анализ показал наличие у большинства воспитанников тревожности среднего и высокого уровня. У половины детей имеется депрессивное состояние от легкого до выраженного уровня. У каждого пятого ребенка выявлен суицидальный риск. Агрессивность среднего уровня присутствует у каждого третьего воспитанника детского дома.

В связи с полученными данными имеет место необходимость в комплексной лечебно-консультативной и реабилитационной помощи детям-сиротам на современном уровне с участием врачей-психиатров, психотерапевтов, неврологов, а также психологов.

## **ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ**

**Бойко Е.О.<sup>1</sup>, Васянина Ю.Ш.<sup>2</sup>, Мальфина И.Ю.<sup>2</sup>**

1 – Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России;

2 - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» министерства здравоохранения Краснодарского края; , г. Краснодар.

[vasyaninayu@mail.ru](mailto:vasyaninayu@mail.ru)

По данным Всемирной организации здравоохранения распространенность расстройств аутистического спектра (РАС) составляет около 1% детской популяции и встречается у одного из 160 детей. Эти данные являются усредненными и значительно варьируют между исследованиями. В РФ на основе проведенных скрининговых пилотных проектов по раннему выявлению РАС в Волгоградской, Челябинской, Новосибирской, Воронежской областях и данным Росстата в детском возрасте распространенность составляет в среднем 0,06% детской популяции. По мнению многих исследователей, значительное увеличение контингента детей с РАС, наблюдаемое в России в последние годы, обусловлено множеством причин, в том числе более ранним выявлением аутистической симптоматики, вместе с тем, имеет место изменение диагностических критериев в сторону расширения спектра аутизма с «перекодировкой» ряда других психических расстройств, в соответствии с критериями медико – социальной экспертизы.

Систематическая работа по выявлению, диагностике, лечению и медицинской реабилитации детей с РАС в Краснодарском крае проводится специалистами психиатрической службы с 1996 года; с 2004 года ведется краевой регистр детей - аутистов. На 01.01.2019г. в Краснодарском крае зарегистрирован 1701 человек с РАС (2018г.– 1474; 2017г. – 1282; 2016г. – 1213), что составляет 0,15% детской популяции. При этом соотношение девочек и мальчиков составляет 1:4.

У большинства пациентов (87%) наблюдается значительное снижение интеллекта и выраженная социальная дезадаптация, в связи с чем они имеют статус «ребенок – инвалид».

По мнению большинства экспертов, причиной возникновения РАС чаще является одновременное воздействие различных этиологических факторов, при этом генетические гипотезы являются наиболее обоснованными. Не подлежит сомнению и влияние совокупности эпигенетических перинатальных факторов (системные аутоиммунные факторы, органический дизнейроонтогенез ЦНС, нарушения формирования нейротрансмиттерных систем). Поэтому, перспективным направлением является более широкое внедрение в практику генетических и иммунохимических исследований. Дальнейшего изучения требует влияние на возникновение РАС казо-, глиадо – и глютенорморфинов.

Специалистами психиатрической службы, с целью повышения компетенции врачей первичного звена здравоохранения по вопросам раннего выявления РАС у детей для своевременного проведения лечения и медицинской реабилитации, регулярно проводятся краевые научно – практические конференции и межрайонные обучающие семинары. Также опубликованы методические рекомендации для специалистов помогающих профессий «Актуальные вопросы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра».

Степень выраженности в клинической картине пациентов аутистической симптоматики чрезвычайно вариабельна: от шизоидного склада личности («аутистического диатеза»), аутоподобного поведения, аутистических симптомов или включений, синдрома аутизма, аутизма, атипичного аутизма - как основной нозологии, и, наконец, до аутистической симптоматики в рамках шизофрении и шизофреноподобных расстройств; при этом собственно аутизм как основная нозология диагностируется примерно в 25% - 30% случаев и около 70% - 75% - составляют РАС. В целом, для наблюдаемых нами пациентов данного контингента характерны качественные нарушения эмоций и социального взаимодействия, качественные и количественные речевые нарушения, стереотипное поведение, а также неравномерность и дефицитарность когнитивных функций.

В соответствии с принятой Концепцией развития системы комплексного сопровождения лиц с расстройствами аутистического спектра в Краснодарском крае, сопровождение носит комплексный характер при ведущей роли психолого-педагогических методов.

Психолого-педагогический аспект сопровождения включает развитие потребности в коммуникации с овладением её формами и средствами; смягчение сенсорного дискомфорта, преодоление проблем нежелательного поведения, формирование навыков самообслуживания и целенаправленного поведения, сопровождение школьного обучения. Перспективными являются инклюзивное и интеграционное обучение в ресурсных классах с тьюторской поддержкой, профориентационная и начальная профессиональная подготовка.

В рамках медицинского аспекта сопровождения детей с РАС с целью раннего выявления риска развития расстройств аутистического спектра у детей и своевременного оказания дифференцированной психологической и психотерапевтической помощи семьям была открыта круглосуточная линия «Телефон доверия» психиатрической службы Краснодарского края для детей и подростков; на базе психоневрологических диспансеров функционирует восемь «Школ для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития», в которых ежемесячно проводятся заседания, посвященные актуальным вопросам воспитания и медико-социального сопровождения детей. Специалистами психиатрической службы, с целью повышения компетенции родителей по вопросам своевременного выявления РАС у детей и организации раннего вмешательства было опубликовано руководство «Расстройства аутистического спектра». На информационных стендах для родителей в медицинских организациях размещены материалы просветительского характера, посвященные особенностям воспитания, психолого-педагогической коррекции детей с РАС.

Одной из основных задач медицинского аспекта сопровождения детей с РАС является создание условий для продуктивной коррекционной работы педагога и психолога с целью достижения максимально возможной (по состоянию пациента) адаптации.

Терапевтические стратегии, применяемые для лечения детей с РАС, являются мультимодальными и основаны на принципах индивидуальности и комплексности. Оказание специализированной психиатрической помощи детям осуществляется в соответствии с действующим законодательством, утвержденными стандартами первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) и клиническими рекомендациями. По медицинским показаниям, строго дифференцированно проводится курсовое медикаментозное лечение нейрометаболиками. Нами в настоящее время для уменьшения негативной симптоматики и улучшения показателей социализации с успехом используются атипичные нейролептики (рисперидон, флупентиксол, амисульприд, алимемазин), дозировки препаратов подбираются строго индивидуально. Важными составляющими комплексного лечебного воздействия являются также использование физиотерапии, массажа, организация рационального режима дня, нормализация сна.

Основными мероприятиями медицинской реабилитации, осуществляемой в условиях межрайонных реабилитационных центров для детей с ограниченными возможностями здоровья являются проведение физиотерапии, массажа, ЛФК, ортопедического лечения, кинезиотерапии, использование метода биологической обратной связи, в сочетании с психолого-педагогической и логопедической коррекцией, с использованием стационарных и стационарозамещающих технологий, и обучение членов семьи для организации реабилитации детей в домашних условиях. В рамках совершенствования комплексной реабилитации запланировано дальнейшее перепрофилирование коек для совместного пребывания в стационаре матерей и детей, страдающих РАС и выделение профильного круглосуточного реабилитационного отделения.

Социальный аспект сопровождения лиц с РАС включает реализацию программ реабилитации и социальной поддержки семей. Перспективными направлениями являются развитие программ поддерживающего проживания и сопровождаемого трудоустройства.

## СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

**Буртонова И. Б.**

ФГБОУ ВО Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова, Улан-Удэ

aniri63@mail.ru

Исследование выполнено при поддержке гранта ФГБОУ ВО "Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова" "Комплексное исследование системы показателей безопасности личности в образовательном пространстве современной Бурятии" №19-13-0502.

В практике социально-педагогической работы встречаются случаи оказания помощи несовершеннолетним в ситуации кризиса. Кризисом называется «состояние человека при блокировке его целенаправленной жизнедеятельности в дискретный момент развития личности» [1, 331].

Каждый человек в течение жизни испытывает кризисы, связанные с особенностями человеческого существования и постоянными жизненными изменениями. Достижение определенного возраста и повышение уровня возможностей, появление новых физиологических и психологических качеств требует перестройки всего организма, что само по себе происходит трудно и болезненно. Преодолевая кризис человек, испытывает перегрузки и, пытаясь овладеть стрессовым состоянием, мобилизует внутренние ресурсы. Далее происходит либо овладение новой ситуацией, либо срыв и ухудшение выполнения жизненных функций. Стрессовые состояния могут переживаться всеми людьми, но кризисными они становятся для тех, кто обладает повышенной чувствительностью, связанной с личностными психологическими особенностями.

Итак, с ситуациями, которые нарушают привычный ритм жизнедеятельности, сталкиваются практически все, но если человек самостоятельно не может справиться с эмоциональным напряжением, и эти изменения нарушают или угрожают нарушить его деятельность,

отношения, жизненное пространство, то ситуация называется кризисной и требуется вмешательство специалиста.

«Понятие «ситуация» сегодня прочно вошло во многие науки, предметом изучения которых является человек и его поведение. Ряд отечественных исследователей в своих работах рассматривают ситуацию как совокупность обстоятельств и событий, значимых для человека, влияющих на его поведение, мировосприятие и адаптацию. Часто встречается классификация ситуаций по природе возникновения. Так, например, С. Николаева отмечает, что ситуации можно разделить на две группы: объективные (ситуации, возникающие в результате воздействия факторов внешней среды) и субъективные (ситуации, в которых большую роль играют «личностные переменные» - особенности характера, темперамента и другие личностные характеристики участников ситуации).

Для объективных ситуаций характерно «наименьшее количество индивидуальных вариаций поведения». Из этого можно сделать вывод о том, что наибольшую роль в данных ситуациях играют условия среды, а не характерные особенности личности.

Для субъективных ситуаций наибольшее значение имеют индивидуальные различия участников ситуации, а также их реакции на происходящее»[2, 13].

Таким образом, мы используем понятие «кризисная ситуация», как сочетание объективных и субъективных воздействий на человека и характеризуем ее как явление социальное.

Дети и подростки, в силу возрастных особенностей, наиболее подвержены переживаниям, субъективно для них значимым и которые могут восприниматься ими как кризисные. Если говорить о несовершеннолетних, то «наибольший интерес представляют ситуации, детерминированные особенностями социальных взаимоотношений ребенка, условий его существования, а также интерпретируемые им как несущие угрозу» [1. 333].

В процессе социализации, решая основные задачи: естественно-культурные, психологические и социально-культурные, дети и подростки сталкиваются с множеством ситуаций, решение которых невозможно осуществит имеющимися средствами, поскольку такие ситуации возникают перед ребенком впервые. Следовательно,



естественный процесс социализации может привести к возникновению кризисных ситуаций.

Оставляя за рамками тезисов статьи последствия кризиса и кризисных ситуаций для несовершеннолетних, анализу которых посвящены работы Овчаровой Р.В., Шульги Т.И., Абрумовой А.Г., Дементьевой И.Ф., Олиференко Л.Я. и др., обратимся к проблеме оказания социально-педагогической помощи.

В организации помощи несовершеннолетним, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, хорошо зарекомендовал себя комплексный подход к решению проблемы. Взаимодействие специалистов в работе с детьми и подростками дает возможность эффективно влиять как на объективные, так и на субъективные факторы, что повышает результативность данной деятельности.

Однако социально-педагогическая помощь имеет свои особенности.

Социально-педагогическая деятельность имеет междисциплинарный характер, так как тесно связана с экономическими, политическими и личностными условиями жизнедеятельности человека, с государственной социальной политикой, коммуникативными возможностями индивида в сфере социальной жизни на всех уровнях социума. Социально-педагогическая деятельность определяется как разновидность педагогической деятельности направленная на оказание помощи ребенку в процессе социализации, освоении им социокультурного опыта и создание условий для самореализации.

Социально-педагогическая деятельность, используя психотерапевтические и психологические приемы, методы и способы, решает и собственно социально-педагогические задачи.

Анализ содержания и сущности социально-педагогической деятельности позволяет сделать вывод о том, что в оказании помощи ребенку в кризисной ситуации данная деятельность становится системообразующей. Именно социальный педагог как специалист, реализующий социально-педагогическую деятельность, берет на себя функции организатора помощи и поддержки ребенка, выступая посредником между личностью и социумом. Нивелируя неблагоприятные социальные воздействия на ребенка, параллельно с психологом, который работает над личностным восприятием

происходящего, социальный педагог создает условия для снижения эмоционального напряжения и выхода из кризисной ситуации. Координирующие функции социально-педагогической деятельности позволяют привлекать специалистов различного профиля для оказания социально-медицинской, социально-экономической, социально-правовой, социально-бытовой помощи, а также социально-педагогического консультирования.

Таким образом, социально-педагогическая помощь несовершеннолетним в кризисных ситуациях представляется нам в виде организационной, координационной и посреднической деятельности, с целью создания педагогически целесообразной среды жизнедеятельности ребенка.

#### Литература

1. Овчарова Р.В. Справочная книга социального педагога. – М.: Сфера, 2001. – с. 331-333.
2. Социально-педагогические подходы к сопровождению личности, оказавшейся в трудной жизненной ситуации: коллективная монография / Начу. Ред. О.А. Лапина. – Иркутск: Иркут, 2016. – с. 13.

## **ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Волова Т.Л.<sup>1</sup>, Шельгин К.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница», Архангельск, e-mail: [volovat@inbox.ru](mailto:volovat@inbox.ru)

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Архангельской области, Архангельск

Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, ввиду наличия у них ряда провоцирующих факторов (социальное неблагополучие, стрессы, нарушения привязанности и пр.), относятся к группе риска по формированию психического неблагополучия.

По состоянию на 01.01.2019 года на территории Архангельской области осуществляют деятельность 29 организаций для детей-сирот и

детей, оставшихся без попечения родителей, из них 26 образовательных организаций, 2 медицинские и 1 организация, оказывающая социальные услуги. За период с 2016-2018 гг. в организации для детей-сирот Архангельской области устроено 526 несовершеннолетних.

В соответствии с приказом Минздрава России от 15.02.2013 г. №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», воспитанники учреждений Архангельской области ежегодно проходят диспансеризацию. Всего в 2018 году прошли диспансеризацию 1612 воспитанника учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, из них 1018 чел. (63%) в возрасте от 0 до 14 лет, 594 (37%) - в возрасте от 15 до 17 лет.

Дети-инвалиды составили 26,4% от общего числа, несовершеннолетних, прошедших осмотры. Доля детей-инвалидов, находящихся в учреждениях для детей-сирот, прошедших диспансеризацию, ежегодно возрастает (с 19,5% в 2014 г. до 26,4% в 2018 г.).

Всего в ходе диспансеризации детей-сирот в Архангельской области в 2108 зарегистрировано 6191 заболевание, из них доля психических расстройств составила 13,7%. Диагноз психического расстройства и расстройства поведения (шифр F по МКБ-10) установлен 849 воспитанникам (52,6% от всех воспитанников, прошедших диспансеризацию в учреждениях для детей-сирот). В структуре зарегистрированных заболеваний психические расстройства и расстройства поведения занимают 2-е ранговое место после болезней глаза и его придаточного аппарата. В 2016-2017 гг. данная нозология находилась на 3-м ранговом месте в структуре выявленных заболеваний у детей-сирот и детей, ставшихся без попечения родителей. Диагноз: умственной отсталость установлен в 2018 г. 587 детям (36,4% от всех воспитанников), что составило 69% от общего числа зарегистрированных психических расстройств.

Доля детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Архангельской области, находящихся в учреждениях, и имеющих диагноз психического расстройства или расстройства поведения, ежегодно возрастает (с 39,9% в 2014 г. - до 52,6% в 2018 г.),

в связи с чем, вопросы совершенствования системы профилактики, лечения и реабилитации психической патологии у данной категории детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, приобретают в регионе особую актуальность.

Воспитанники учреждений для детей-сирот, имеющие психические расстройства, нуждающиеся в специализированной психиатрической помощи в условиях стационара, проходят лечение в Центре детской и подростковой психиатрии ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница» (Центр). За период 2016-2018 гг. всего поступили на лечение в Центр 1147 детей в возрасте от 6 до 17 лет, проживающих в Архангельской области. Доля детей из учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, поступивших на лечение, ежегодно составляет около 40% (в 2016 г. -137 чел., в 2017 г.- 163 чел., в 2018 г. -155 чел.) и 42% от всех детей, поступивших на лечение повторно в текущем году.

Учитывая особенности психического развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, ментальных расстройств, требуется комплексный межведомственный подход к вопросам организации медико-психолого-социального сопровождения указанной категории несовершеннолетних, совершенствование системы оказания им психиатрической помощи, в т.ч. реабилитации. Специалистам, работающим с детьми-сиротами в учреждениях: руководителям, психологам, воспитателям, медицинским работникам, требуются дополнительные обучающие программы (семинары, тренинги и пр.) для работы с детьми, имеющими ментальные нарушения.

## **НАРКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КУРСАНТОВ СУВОРОВСКОГО ВОЕННОГО УЧИЛИЩА ГОРОДА ЧИТЫ**

**Воронина Ю.С., Сахаров А.В.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита  
sawt@list.ru

Нарушения психического здоровья обучающихся – это быстро растущая проблема для всех учебных заведений, в качестве возможных причин которой считаются высокая интенсивность учебного

процесса, информационные перегрузки, нездоровый стиль жизни, потребление психоактивных веществ, излишняя вовлеченность в Интернет-контент и социальные сети. При этом большая часть исследований посвящена изучению психического здоровья студентов общеобразовательных учреждений, в то время как исследований касательно психического здоровья несовершеннолетних курсантов военных училищ недостаточно. Следует отметить, что российские данные такого рода практически отсутствуют.

**Цель работы:** изучение частоты аддиктивных расстройств у курсантов военного училища в сравнительном аспекте со студентами учреждений начального профессионального образования.

**Материал и методы.** Первая часть работы осуществлялась на базе Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть МВД России по Забайкальскому краю». Основную группу составили 33 подростка мужского пола в возрасте от 15 до 16 лет, прошедших освидетельствование у врача-психиатра на годность к поступлению в Читинское суворовское военное училище, выдержавших вступительные испытания и зачисленных в число курсантов в 2018 году.

В группу сравнения было включено 108 студентов мужского пола подросткового возраста (15-16 лет) учебных заведений начального профессионального образования города Читы.

Обследование проводили специально подготовленные интервьюеры и сотрудники кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ЧГМА, являющиеся практикующими врачами психиатрами-наркологами.

Исследование было комбинированным, использовались социологический и клинико-эпидемиологический методы. Для проведения исследования были разработаны специальные анкета и карта, предназначенные для сбора материала. Анкета включала сведения о подростке (пол, возраст, наследственность, семейное положение, бытовые условия жизни и другие социальные характеристики).

В карте были формализованы вопросы для уточнения подробного наркологического анамнеза обследованных несовершеннолетних лиц с учетом анкеты-опросника для выявления

алкогольных проблем Л.Т. Морозова. Кроме того, использовались тест AUDIT (ВОЗ), тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости; методика К. Янг для определения Интернет-зависимости. Выделение донозологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтель (1986). Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F 10.2), употребления алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) и употребления наркотиков с вредными последствиями (F 12.1 и F 15.1) использовались критерии МКБ-10.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel и стандартного пакета программ «Statistica 10.0». Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Значимость различий сравниваемых показателей определялась с применением непараметрического критерия хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ). Различия считали достоверными при показателе  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Спортom занимались 91,5 % кандидатов и 67,6 % студентов ( $\chi^2=11,47$ ;  $p=0,0007$ ). Среди курсантов ни один человек не курил, 6,7 % пробовали. Студенты техникума аналогичного возраста курили в 39,8 % случаев ( $\chi^2=18,90$ ;  $p=0,0000$ ). Стаж курения у представителей контрольной группы составил  $3,1 \pm 0,3$  года.

При анализе данных теста Фагерстрема установлено, что среди курсантов суворовского училища зависимости от никотина не было зарегистрировано ни у одного обследованного. У курящих студентов очень слабая степень никотиновой зависимости отмечалась у 41,9 % подростков, слабая – у 37,2 %, средняя – у 7,0 %, высокая – у 11,6 % и очень высокая – у 2,3 % студентов. Это является прогностически благоприятным признаком для самостоятельного прекращения курения.

Было выявлено, что только 9,1 % курсантов подросткового возраста было знакомо с алкоголем, этот показатель у студентов составил 51,9 % ( $\chi^2=18,99$ ;  $p=0,0000$ ). Средний возраст начала употребления спиртных напитков в основной группе составил 14 лет, в контрольной группе –  $13,8 \pm 0,2$  года.

Наркотические вещества не пробовал ни один подросток из числа курсантов суворовского училища. Среди студентов учреждения начального профессионального образования пробовали / употребляли наркотики 22,2 % (24) обследованных ( $\chi^2=8,84$ ;  $p=0,0030$ ). В структуре наркопотребления среди студентов 91,7 % пришлось на производные конопли, что отражает ее доступность ввиду произрастания на территории Забайкальского края, 8,3 % употребляли ранее синтетические наркотики (все случаи пришлось на группу стимуляторов). Исходя из результатов клинического обследования, у 6,5 % студентов можно говорить о наличии употребления наркотиков с вредными последствиями (F 12.1 и F 15.1).

Структура алкоголизации курсантов с учетом донологических форм потребления алкоголя по классификации Э.Е. Бехтеля (1986) выглядела следующим образом: абстинентов было 93,9 % (31), случайно пьющих – 6,1 % (2). Таким образом, наркологическая патология, вызванная алкоголем, у них отсутствовала.

Среди студентов аналогичные показатели были следующими: абстиненты – 56,5 %; случайно пьющие – 18,5 %; ситуационно (умеренно) пьющие – 18,5 %; систематически пьющие – 3,7 %; привычно пьющие (предалкоголизм) – 2,8 %. Следовательно, алкогольные расстройства были диагностированы среди студентов начального профессионального образования в 6,5 % случаев за счет употребления алкоголя с вредными последствиями.

Интернет-аддикция по методике К. Янг не была установлена ни у одного курсанта, в тоже время среди студентов она выявлялась у 13,9 % респондентов ( $\chi^2=5,13$ ;  $p=0,0235$ ).

**Заключение.** Проведенное исследование продемонстрировало, что курсанты суворовского военного училища, в отличие от студентов учебных заведений начального профессионального образования, характеризуются наличием высоких показателей наркологического здоровья: они не курят, не употребляют наркотики и алкогольные напитки. Это наглядно демонстрирует эффективность отбора военно-врачебной комиссией курсантов в суворовское училище.

# ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ПАРАСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Гелда А.П.<sup>1</sup>, Игумнов С.А.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Институт повышения квалификации, Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь, Минск

<sup>2</sup> Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

<sup>3</sup>Российский национальный медицинский исследовательский университет им. Н.И. Пирогова, ФДПО, Москва

[lgumnov.s@serbsky.ru](mailto:lgumnov.s@serbsky.ru)

Объект исследования – суицидальное поведение, патогенетические механизмы его развития среди лиц молодого возраста в современном крупном городе.

Основной целью работы является разработка эффективной программы превенции суицидов и социально-психологической помощи контингенту 15-24-ти летней молодежи.

В процессе работы проведены социально-демографические, биографические, экспериментально-психологические и клинко-психопатологические исследования. Изучены предикторные факторы формирования высокого риска суицидального поведения в когорте 15-24-летнего населения г. Минска (Республика Беларусь). База данных случаев суицидальных попыток среди жителей г. Минска в возрасте 15-24 лет включала 1136 самопокушений (487 среди лиц мужского пола и 649 – женского). Абсолютное число парасуицидентов, совершивших эти суицидальные попытки, составило 1051 человек (443 юношей и 608 девушек), из них две и более суицидальные попытки совершили 123 человека (50 юношей и 73 девушки).

Исследование проведено на базе подразделений Управления Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь по г. Минску и Городской клинической больницы скорой медицинской помощи при научно-методическом содействии Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский



исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Средний возраст случая совершения парасуицидентом суицидальной попытки в выбранной для анализа выборке составил  $20,3 \pm 0,8$  лет (в мужской подвыборке –  $21,1 \pm 0,11$  лет и в женской –  $19,8 \pm 0,10$  лет ( $p < 0,001$ ;  $t = 8,745$ )).

**Результаты исследования.** По итогам проведенного научного исследования определены клинические, психологические, социальные и демографические критерии суицидоопасного состояния среди подростков и лиц молодого возраста, проживающих в крупном городе.

Выявлены существенные различия сфер действия незавершенных суицидальных актов (парасуицидов), причинно обусловленные гендерными, возрастными, семейными, общественно-профессиональными и другими особенностями контингента: суицидальные попытки чаще совершают девушки (в 1,3 раза: 57,1% против 42,9% случаев среди юношей). В силу линейно-прогрессивного роста накопления суицидальных действий ( $p < 0,001$ ) возраст 21-24 лет среди лиц подростково-молодежной когорты является наиболее суицидоопасным.

Структурно различен способ аутоагрессии. Парасуициды в подавляющем большинстве случаев совершаются с помощью отравления медикаментами и средствами бытовой химии (60,8%). Девушки выбирают менее травматичные (отравления), юноши – более brutальные (самоповреждения острыми предметами, самоповешение, падения с высоты и пр.) способы парасуицидальных актов ( $p < 0,001$ ).

Структурно различны места совершения парасуицидальных действий. Собственная квартира (дом, проживание в общежитии) – основное место совершения суицидальных попыток (95,2%/93,6% у девушек и юношей).

Без оказания медицинской помощи в каждом десятом случае суицидальной попытки (в 15,1% у девушек и в 11,7% у юношей) не исключался летальный исход. Более половины случаев суицидальных попыток несли угрозу жизни и возможен был летальный исход при неблагоприятном стечении обстоятельств и несвоевременном оказании медицинской помощи (при 1,3-кратном гендерном различии: 65,3% случаев у девушек и 50,1% у юношей;  $p < 0,001$ ). Не представляющий

угрозу жизни при любых обстоятельствах, включая не оказание медицинской помощи, случай суицидальных попыток в 2 раза чаще ( $p < 0,001$ ) фиксировался у юношей, чем у девушек (соответственно, каждая третья и пятая попытки – 38,4% против 19,4% случаев). Или в ином контексте проблемы, при неслучайности распределения суицидальных попыток ( $p < 0,001$ ) на 1 угрожающую жизни у юношей и девушек приходилось 4 «сомнительные», а без реальной угрозы для жизни, соответственно, 3 и 1,3 попыток.

В суицидогенезе велика роль фактора алкогольного опьянения как модератора (провокатора) парасуицидальных актов. Около 60,0% случаев парасуицидальных действий у юношей и 37,1% у девушек совершены в состоянии алкогольного опьянения, при этом достоверно определяются гендерные различия;  $p < 0,001$ ).

### **Заключение.**

По результатам проведённого исследования внесены следующие предложения и дополнения с целью совершенствования Комплекса мер по профилактике суицидального поведения населения Республики Беларусь на 2015 – 2019 годы и организации суицидологической службы:

1. Продолжить изучение взаимосвязи между половозрастными характеристиками суицидентов и алкогольным/наркотическим опьянением (в особенности важно оценить «суицидальный потенциал» «новых» психоактивных веществ);

2. Оценить в динамике относительный и добавочный риски самоубийств в состоянии алкогольного/наркотического опьянения с учетом гендерных и возрастных различий;

3. Разработать четкие судебно-медицинские (клинико-морфологические) и психолого-психиатрические (в том числе опирающиеся на концепцию «психолого-психиатрической аутопсии Э. Шнейдмана) критерии суицидального и парасуицидального поведения;

4. Произвести верификацию в масштабах г. Минска и регионов количества случаев тяжелых телесных повреждений и насильственной смерти, трактуемых как результат суицидального и парасуицидального поведения, что, возможно, позволит избежать искусственного «завышения» или «минимизации» показателей суицидальной/парасуицидальной статистики;

5. Использовать полученные данные при проведении профилактики суицидальных действий среди населения Беларуси и оказании специализированной помощи лицам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние;

6. Разработать комплексную программу специализированной психолого-психотерапевтической помощи лицам, совершившим парасуициды, и родственникам лиц, погибших в результате суицида, оценить ее клиническую эффективность и социально-экономический эффект.

## **СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ**

**Гладун А.Н.<sup>1</sup> Александрова Н.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая психиатрическая больница», Республика Хакасия, Абакан, e-mail: [kpnd\\_abakan@mail.ru](mailto:kpnd_abakan@mail.ru)

<sup>2</sup> ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России, Москва  
e-mail: [aleksandrova.n@serbsky.ru](mailto:aleksandrova.n@serbsky.ru)

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) в Республике Хакасия осуществляется в ГБУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница», на базе данного учреждения проводятся стационарные судебно-психиатрические освидетельствования лиц, не содержащихся под стражей (5 коек в трех общепсихиатрических отделениях), а также все виды амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз.

Общее количество проведенных СПЭ в 2018 г. составило 1574 (в 2017г. – 1692, в 2016 г.-1674 СПЭ). Следует отметить, что данные показатели в пересчете на 10 тыс. населения в 1,7 раза превышают среднероссийские, что может свидетельствовать о необоснованно частом назначении следственными органами судебно-психиатрического освидетельствования.

Общее число судебно-психиатрических экспертиз в отношении несовершеннолетних в 2018г.- 210 (для сравнения, в 2017 г.- 230, в 2016 г.- 247). В Республике Хакасия сложилась практика назначения судебно-психиатрической экспертизы всем несовершеннолетним в

уголовном процессе, являющимися подозреваемыми либо обвиняемыми. Число таких судебно-психиатрических освидетельствований составило в 2018г. - 141 (в 2017г. - 135, в 2016г. - 142). Около 98% судебно-психиатрических экспертиз, назначаемых следственными органами и судом в отношении несовершеннолетних, являются комплексными (с участием психолога, либо психолога и сексолога).

В 2018 г. психически здоровыми среди обвиняемых /подозреваемых были признаны 90 (64%) подростков (в 2017 г.- 64 (47%), в 2016г.- 76 (54%). Соответственно, в 36% случаев у несовершеннолетних были диагностированы различные психические расстройства. Нозологическая структура выявляемых психических расстройств при судебно-психиатрическом освидетельствовании выглядит следующим образом: традиционно на первом месте – в 73% диагностируется умственная отсталость, в 22% случаев – различные поведенческие расстройства (эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90-98), у 6% несовершеннолетних было выявлено расстройство личности органической этиологии. Следует отметить, что при сравнении основных показателей по СПЭ несовершеннолетних с ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского можно увидеть значительные расхождения. Так, среди нозологических форм психических расстройств у подростков с противоправным поведением в Центре традиционно отмечается значительное преобладание доли органический психических расстройств – более 60%, следующими по частоте являются расстройства поведения – около 15%, а также расстройства шизофренического спектра - 10%. По-видимому, диагностика психического здоровья чаще всего не вызывает никаких затруднений у первичных комиссий, отсюда такой высокий процент (свыше 60%) в Республике Хакасия и в целом по РФ, по данным Центра этот показатель совсем незначительный. Диагностика умственной отсталости также не вызывает больших затруднений и чаще всего решается при первичных судебных психолого-психиатрических экспертных комиссиях. Что касается расстройств шизофренического спектра - помимо неясности и полиморфности клинической картины вызывает сложность и критерий установления диагноза, согласно МКБ

10, наблюдение в таких случаях должно быть не менее 30 дней. При диагностике органического расстройства личности трудности, как правило, вызывает определение степени выраженности расстройства, а также проведение различных параклинических исследований.

Невменяемыми в 2018 г. были признаны 2 подростка (1,4%). В 2017 г. этот показатель составлял 2,2%, в 2016 г. - 2,8%.

Имущественные правонарушения совершили в 2018 году 113 несовершеннолетних (80%), в 2017 — 107 (80%); в 2016 году - 105 человек (74%). В связи с незаконным оборотом наркотических средств экспертной комиссией было освидетельствовано 9 обвиняемых (6%), в 2017 году — 6%; в 2016 году — 8%), угон транспортных средств совершили 6 несовершеннолетних, подвергнутых судебно-психиатрическому освидетельствованию, что составило 4% (в 2017 году — 3,5%; в 2016 году — 5%), 6 несовершеннолетних (4%) привлекались к уголовной ответственности за преступления, направленные против личности (убийство, причинение телесных повреждений), (в 2017 году — 4%; в 2016 году — 2%).

Обращает на себя внимание, что в течение последних 3 лет ни одному из подростков, подвергнутых судебно-психиатрическому освидетельствованию, не было рекомендовано применение ст.22 УК РФ. Между тем, именно в практике судебной экспертизы несовершеннолетних обвиняемых нередко встречается сочетание пограничной психической патологии с органической недостаточностью. Такие варианты, как правило, и рассматриваются экспертами в рамках правовой категории «ограниченная вменяемость». Кроме того, когда помимо психопатологического фактора отмечается существенное влияние индивидуально-психологических особенностей подростка на его поведение в юридически значимый период, наиболее адекватным является использование комплексного психолого-психиатрического подхода с формулированием интегративного вывода.

Также представляется довольно высоким и процент несовершеннолетних, которым при судебно-психиатрическом освидетельствовании была диагностирована умственная отсталость, при крайне невысоком проценте диагностики органического психического расстройства. Очевидно, что клиническая структура органического психического расстройства в подростковом возрасте

отличается синдромальной незавершенностью и выраженным клиническим полиморфизмом, что обусловлено воздействием разнообразных экзогенно-органических факторов, в том числе и употреблением различных психоактивных веществ синтетического происхождения. Когнитивные нарушения (конкретность мышления, трудности абстрагирования и др.) в условиях социально-педагогической запущенности зачастую расцениваются экспертами при освидетельствовании в рамках умственной отсталости.

Безусловно, вышеуказанные сложившиеся проблемы в судебно-психиатрической практике судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетних в Республике Хакасия требуют дальнейшего тщательного анализа.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

**Горюнов А.В.**

ФГБНУ НЦПЗ Москва, [Alvgor21@yandex.ru](mailto:Alvgor21@yandex.ru)

Актуальность изучения шизотипического расстройства (ШТР) в детском возрасте определяется высокой распространенностью в популяции, неоднозначностью трактовки в диагностических классификациях, малой изученностью в детском возрасте и высокой социальной значимостью. ШТР широко распространены во взрослой популяции и встречаются в 3-5%, с преобладанием мужчин. Эпидемиологические исследования, проведенные в России, показали, что шизотипические расстройства наблюдались в среднем в 8,5 случаев в подростковой популяции и в 0,5 случаях в детской на 100 000 населения соответствующего возраста, при этом в ЦФО РФ и Москве уровень заболеваемости ШТР в подростковом возрасте, достигает 15,9 на 100 000 населения соответствующего возраста. В то же время в зарубежной практике диагноз ШТР у детей устанавливается редко, хотя все исследователи отмечают, что оно начинается именно в детском возрасте и по мере взросления уровень заболеваемости этим расстройством увеличивается. Не менее актуальными являются вопросы клиники ШТР в детском возрасте. Диагностические трудности в

первую очередь связаны с тем, что клиническая картина ШТР имеет существенные отличия в зависимости от возраста пациента, что связано с патопластическим влиянием развивающихся мозговых структур. На разных возрастных этапах ШТР может проявляться свойственной данному возрасту психопатологической симптоматикой: аутизмом, тревогой, страхами, гиперактивностью и дефицитом внимания, проблемами социализации, трудностям в обучении, депрессией, нарушениями поведения, обсессиями. В рамках нозологической концепции Шизотипические расстройства при возникновении в раннем возрасте могут проявляться легкими вариантами аутизма (аутизм Аспергера), последние также могут идентифицироваться с шизоидной психопатией. Однако с преобладающих в настоящее время в литературе деменциональных позиций преимущественно указывается на возможность сочетания этих расстройств или о возможности перехода детского аутизма в расстройства шизофренического спектра. В младшем школьном возрасте дифференциальная диагностика ШТР проводится в первую очередь с Гипердинамическими нарушениями, а также тревожно-фобическими и поведенческими расстройствами.

С целью изучения клинической картины шизотипического личностного расстройства у детей на разных возрастных этапах проведено ретроспективное и катамнестическое исследование 19 детей. Диагноз Шизотипическое личностное расстройство был установлен в возрасте от 7 до 12 лет (средний возраст 9,2года) . Длительность катамнеза составила от 8 до 15 лет. Все пациенты были обследованы и получали лечение, как в условиях стационара, так и амбулаторно в отделе детской психиатрии НЦПЗ.

Результаты: 8 пациентов (42%) в возрасте 3-5 лет наблюдались специалистами разных специальностей (психиатры, неврологи, психологи) с диагнозом РАС, 4 из них был установлен диагноз аутизм Аспергера, 10 человек (53%) при формально соответствующем возрасту психическом развитии с раннего возраста отличались выраженной акцентуацией по шизоидному кругу. Следует отметить, что в дошкольном возрасте все обследуемые наблюдались врачами в связи с невротическими и неврозоподобными расстройствами (страхи, тревога, трудности адаптации, тики, энурез). В возрасте 7-10 лет у 12

пациентов (63%) был выставлен диагноз из подрубрики Гиперкинетические расстройства (F90), который в возрасте 11-13 лет был изменен на диагноз из рубрики (F91) Расстройства поведения в 6 случаях (32%). Диагноз депрессивный эпизод был выставлен в 5 случаях (26%) в возрасте 10-12 лет и у 6 пациентов (32%) в возрасте 13-15 лет. Во всех случаях депрессия развивалась на фоне длительной психотравмирующей ситуации и имела затяжной (более 6 мес) характер.

В процессе катamnестического наблюдения у 9 обследованных (47%) в возрасте 18-25 лет клиническая картина продолжала соответствовать критериям шизотипического личностного расстройства. В 3 случаях (16%) диагноз был изменен на шизотипическое расстройство, психопатоподобная форма (F21.3), у 4 пациентов (21%) на шизотипическое расстройство, невротоподобная форма (F21.4). В 3 случаях (16%) можно было говорить о шизоидном расстройстве личности и в 1 случае (5%) об акцентуации по шизоидному типу.

Таким образом, можно сделать предварительный вывод, что аутистические расстройства, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, а также невротические и аффективные нарушения являлись симптомами шизотипического расстройства. Следует также отметить, что преобладающий в последнее время синдромальный подход, уводит клиническую мысль врача от поиска истинной причины нарушений, которая необходима для правильного и своевременного выбора этиопатогенетического лечения, определения возможностей стабилизации болезненного процесса и потенциальных характеристик социальной адаптации в каждом конкретном случае.



## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АУТИСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Горюнова<sup>1</sup> А.В., Данилова<sup>1</sup> Л.Ю., Боброва<sup>1</sup> Н.А.,  
Воронкова<sup>2</sup> Н.А.

<sup>1</sup>ФГБОУ ДПО Российская Медицинская Академия Непрерывного  
Профессионального Образования Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации, г. Москва

<sup>2</sup>ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и  
подростков

им. Г.Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения г. Москвы

[avgorjunova@mail.ru](mailto:avgorjunova@mail.ru)

**Актуальность исследования:** Одной из наиболее сложных и актуальных проблем, находящихся на стыке детской психиатрии, неврологии и педиатрии, уже несколько десятилетий является выявление и коррекция аутистических расстройств у детей. Осведомленность врачей и частота диагностики этой патологии растет год от года. Имеющиеся клинические разработки касаются изучения отклонений в психическом функционировании детей дошкольного и раннего школьного возраста. Вместе с тем известно, что аномальное развитие и взаимодействие с окружением у детей с аутизмом (РДА) и расстройствами аутистического спектра (РАС) может возникать с самых первых лет жизни. Уже у детей раннего возраста (0 – 3 года) можно видеть ранние проявления формирующего аутистического синдрома (в рамках РДА и РАС), которые имеют специфические особенности, однако в МКБ-10 они не приведены.

**Цель исследования:** выделить и систематизировать аутистические/ дизонтогенетические/ диссоциативные симптомы в структуре нарушений развития детей раннего возраста, которые указывают на «формирование и созревание» клинической картины будущего аутистического синдрома у детей более старших возрастных групп.

**Материал и методы исследования:** 179 детей с общими нарушениями развития и психическими расстройствами, обратившиеся в НПЦПЗ ДП им. Г.Е. Сухаревой: в возрасте до 1 года – 58 детей

(36,6%), от 1 до 2 лет – 121 ребенок (63,4%). Методом клинического наблюдения выделено более 20 ранних симптомов аутизма, которые были сгруппированы в блоки.

**К нарушениям общения/ коммуникативности** в раннем возрасте относятся: отсутствие фиксации взгляда на лице взрослого, зрительного контакта, комплекса внимания, «подражания», интонационного крика, позднее появление ответной улыбки, слабость комплекса оживления или его отсутствие, отсутствие реакции на свое имя после 6-7 мес., индифферентное отношение к матери, безразличие к близким, окружающему и совместным играм, отсутствие подражания мимике матери, речи и жестам, звукам животных, отсутствие указательного жеста.

#### **Нарушения вегетативно-инстинктивных функций:**

Расстройства сна, трудности сосания, желудочно-кишечные расстройства, возникающие спустя 1-3 мес. после родов и сохраняющиеся в последующие годы; отсутствие реакции на физический дискомфорт; ригидная привязанность к обстановке, одежде; трудности адаптации к переменам; изменение общей психической активности; избирательность в еде, предпочтение протертой пищи; задержка формирования навыков опрятности и самообслуживания.

**Дизонтогенез двигательной сферы** касается как сроков становления, так и качественных характеристик моторики при отсутствии парезов. Отмечаются трудности фиксации позы, скачки и непоследовательность в приобретении возрастных моторных навыков, нередко отсутствует ползание. У большинства детей выявляются расстройства мышечного тонуса в виде гипотонии или мышечной дистонии, эпизодическая ходьба на цыпочках, двигательная гиперактивность после становления ходьбы, двигательные стереотипии.

**К патологическим речевым феноменам** в раннем возрасте относятся: задержка или искажение формирования предречевых этапов (бедное гуление, лепет); позднее появление слогов, слов, замена их звуками; интонационная невыразительность, отсутствие реакции на речь взрослого; непонимание инструкций, соотнесения слов и предметов; отсутствие вербальной коммуникации.

**Своеобразие познавательной сферы** проявляется в задержке этапа стереотипных действий с манипуляцией неигровыми предметами в возрасте после года при снижении интереса или игнорировании собственно игрушек, в трудностях привлечения внимания к событиям окружающей жизни и предлагаемой взрослым игре при сверхсосредоточенности на одном предмете; происходит как бы замена игрушек неигровыми предметами и однообразная манипулятивная игра с ними. Отсутствует возрастная эволюция в игре, воображение, нет игры «понарошку».

**Эмоциональные особенности** обнаруживаются с первых месяцев жизни: серьезный, но «отсутствующий» взгляд, гипомимия, парадоксальное сочетание отрешенности/равнодушия к окружающему в сочетании с высоким уровнем тревоги; раннее формирование страхов, пугливость; монотонность настроения со склонностью к дистимическим и дисфорическим расстройствам.

Помимо психического дизонтогенеза у детей раннего возраста могут выявляться ранние психопатологические симптомы. К ним относятся: общая возбудимость, изменение психической активности; изменение настроения; непереносимость яркого света, резких звуков, реакции паники и испуга на обычные раздражители; нарушение пищевого поведения; инверсия сна и кормления; снижение реакции на мать и близких, отсутствие зрительного контакта; поздние фиксация взгляда и прослеживание игрушки; отсутствие интереса к игрушкам, формирование стереотипной манипулятивной игры; бедность гуления и предречевых вокализаций; отсутствие указательного жеста, подражания; слабость, отсутствие жевания после 8-10 мес..

Таким образом, признаки искаженного, диссоциативного психического развития начинают проявляться уже в первый год жизни ребенка и обычно затрагивают сразу несколько сфер формирующейся психики.

Знание начальных проявлений аутизма и психопатологических расстройств раннего возраста будет способствовать своевременной ранней диагностике патологии, передаче пациентов под наблюдение детского психиатра и клинического психолога и своевременному началу медико-психолого-коррекционных мероприятий.

# ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Григорова Н. И.

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»  
Минздрава России

[grigorova.n@serbsky.ru](mailto:grigorova.n@serbsky.ru)

Наркологические расстройства – часть психических расстройств, особенностью которых является установленная причина возникновения заболевания – употребление ПАВ. Этиологическая определенность может являться залогом успешной реализации профилактики наркологических расстройств и лечения пациентов, злоупотребляющих ПАВ. Для эффективного решения этих задач проводится мониторинг наркологической ситуации в стране, при этом особое внимание уделяется детской (до 14 лет) и подростковой (15-17 лет) возрастным группам.

В рамках мониторинга алко- и наркоситуации среди детей и подростков проводятся как социологические (эпидемиологические) исследования (например, HBSC, ESPAD, исследования Центра мониторинга вредных привычек среди детей и подростков, проводимые ЦНИИОИЗ и др.), так и медицинские. Медицинские исследования включают анализ сведений о заболеваемости и смертности населения.

В отличие от социологических и эпидемиологических исследований данные о заболеваемости имеют высокую полноту охвата населения и длительность наблюдения, т.е. существует возможность формировать динамические ряды за большие промежутки времени с целью определения основных тенденций заболеваемости и дальнейшего прогнозирования обращаемости населения. Одним из важных показателей является первичная заболеваемость (первичная обращаемость), которая характеризует обращаемость населения за наркологической помощью впервые в жизни.

**Цель данного исследования** состоит в выявлении основных трендов первичной обращаемости наркологическими расстройствами детского и подросткового населения.

**Материалы и методы.** В работе использованы данные форм федерального статистического наблюдения по наркологии, включая число больных алкоголизмом, алкогольными психозами, наркоманией, токсикоманией, а также пациентов с пагубным употреблением алкоголя, наркотиков, ненаркотических ПАВ. Период наблюдения: с 1999 по 2018 гг. Возрастные категории пациентов: дети до 14 лет включительно (**Д**) и подростки 15-17 лет включительно (**П**). Расчет показателей первичной заболеваемости производился на 100 тысяч среднегодового населения детей 10-14 лет, подростков 15-17 лет. В рамках данного исследования использованы методы сравнительного анализа динамических рядов, структуры первичной заболеваемости, темпов роста и прироста интенсивных показателей.

**Результаты.** В то время как первичная обращаемость наркологическими заболеваниями всего населения проявила тенденцию неуклонного снижения с 2000 по 2018 г., динамика первичной заболеваемости **Д** и **П** имела свои особенности. У **Д** наблюдался период роста с 1999 по 2009 г., когда показатель достиг своего максимума (138,7 на 100 тыс. **Д**). Далее последовал период снижения: к 2018 г. показатель сократился до 43,4 - по сравнению с 2009 г. уменьшение в 3,2 раза. У **П** наблюдалась схожая динамика показателя первичной заболеваемости, только период роста начался с 2003 г.; максимальное значение отмечено в 2009 г. (969,7 на 100 тыс. **П**), затем до 2018 г. наблюдался период спада, что привело к троекратному сокращению показателя (299,7 на 100 тыс. **П**).

Для рассматриваемого периода были характерны структурные изменения: снижение числа и доли пациентов с синдромом зависимости и увеличение числа и доли пациентов с пагубным употреблением как среди **Д**, так и среди **П**. Так, доля пациентов с синдромом зависимости среди впервые обратившихся **Д** сократилась с 7,2 до 0,8%, среди **П** – с 11,8 до 2,3%. Соответственно увеличились доли пациентов с пагубным употреблением.

В течение всего периода наблюдения в структуре первичной заболеваемости наибольшая доля пришлась на алкогольные расстройства: у **Д** (54-79%), у **П** (64-87%). При этом у **Д** второе ранговое место заняли расстройства вследствие употребления ненаркотических ПАВ (18-40%), третье – расстройства, связанные с употреблением

наркотиков (3-14%). У **П** на втором ранговом месте находились расстройства, вызванные употреблением наркотиков (8-30%), на третьем – связанные с употреблением ненаркотических ПАВ (5-11%).

У **Д** показатель первичной обращаемости по поводу алкогольной патологии достиг максимального значения 108,7 на 100 тыс. детей в 2010 г., и к 2018 г. сократился в 3,5 раза - до 31,0. Доля **Д** с синдромом зависимости от алкоголя в структуре всех алкогольных расстройств у **Д** за весь период не превышала 1,5% (2002 г.) и к 2018 г. уменьшилась до 0,17%. Показатель обращаемости по поводу расстройств, связанных с употреблением наркотиков, в разные годы изменялся от 10,0 на 100 тыс. детей до 3,0. При этом доля **Д** с синдромом зависимости от наркотиков в структуре данных расстройств снизилась от 16,9% в 1999 г. до 2,5% в 2018 г. За этот же период показатель первичной заболеваемости наркоманией у **Д** уменьшился от 1,6 до 0,1 на 100 тыс. детей. В структуре наркоманий у **Д** с 1999 по 2009 г. большинство составили пациенты с опиоидной наркоманией, с 2011 по 2015 г. – каннабиноидной зависимостью, с 2016 г. – зависимостью от нескольких и других наркотиков, включая новые. Показатели обращаемости по поводу расстройств вследствие употребления ненаркотических ПАВ, снижались с 2004 г. (48,1 на 100 тыс. детей) до минимального уровня в 2018 г. (9,4). При этом доля **Д** с синдромом зависимости от этих ПАВ сократилась с 16,4% в 1999 г. до 2,2% в 2018 г.

У **П** показатель первичной заболеваемости алкогольными расстройствами максимального значения достиг в 2009 г. (832,2 на 100 тыс. подр.), затем наблюдался период снижения до 228,5 в 2018 г. - снижение в 3,6 раза. Доля **П** с синдромом зависимости в структуре впервые в жизни обратившихся с алкогольной патологией уменьшилась с 2,1% в 1999 г. до 0,4% в 2018 г. Показатель первичной заболеваемости расстройствами вследствие употребления наркотиков сократился в анализируемый период многократно – с 236,0 до 46,0 на 100 тыс. **П**, или в 5,1 раза. При этом доля **П** с синдромом зависимости от наркотиков в структуре данных расстройств снизилась от 31,5% до 8,3%. Показатель первичной заболеваемости наркоманией у **П** уменьшился в 18 раз: с 74,4 на 100 тыс. подр. в 1999 г. до 4,1 в 2018 г. В структуре наркоманий у **П** с впервые в жизни установленным диагнозом

синдрома зависимости первое ранговое место с 1999 по 2011 г. занимала опиоидная наркомания, с 2013 по 2016 г. – каннабиноидная, с 2017 г. – полинаркомания и зависимость от других и новых наркотиков. Показатель заболеваемости опиоидной наркоманией снижался практически на протяжении всего анализируемого периода: с 78,3 в 2000 г. до 0,05 на 100 тыс. подр. в 2018 г. Показатели первичной заболеваемости наркоманиями, связанными с употреблением каннабиса, психостимуляторов и сочетаниями наркотиков разных групп, имели заметный подъем в 2015 г., вслед за которым последовало выраженное снижение этих показателей. Показатель первичной заболеваемости расстройствами вследствие употребления ненаркотических ПАВ при общей тенденции к снижению также имел заметный подъем в 2013-2015 гг., когда достиг высокого уровня (59,0 на 100 тыс. подр). После 2015 г. отмечено его неуклонное снижение. При этом доля пациентов с синдромом зависимости от ненаркотических ПАВ снизилась с 17% в 1999 г. до 8,8% в 2018 г.

**Обсуждение и выводы.** Период с 2009 по 2018 гг. характеризовался общей тенденцией снижения показателей первичной заболеваемости как у Д, так и у П. Период роста этих показателей у Д и П, который при разной патологии наблюдался в различные временные промежутки, характеризовался уменьшением числа и доли пациентов с синдромом зависимости и увеличением числа и доли пациентов с пагубным употреблением. При этом максимум первичной обращаемости пациентов с алкогольной патологией пришелся на 2009-2010 гг., тогда как патология, связанная с употреблением наркотиков, имела значительный подъем в 2013-2015 гг. После 2015 г. показатели практически по всем выделяемым нозологическим категориям демонстрировали выраженное снижение.

Следует отметить, что в рассматриваемый период был принят ряд государственных мер (Распоряжение Правительство РФ от 30.12.2009 г. №2128-р «О концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г.», Постановление Правительства РФ от 15.04. 2014 г. № 299 об утверждении государственной программы «Противодействие незаконному обороту наркотиков» и др.), которые повлекли за собой

разработку и реализацию программ первичной и вторичной профилактики, направленных, в первую очередь, на детей и молодежь. Принятые меры на государственном уровне могли привести к снижению распространенности употребления алкоголя и наркотиков, о чем свидетельствует и ряд социологических исследований (см. выше). Учитывая сокращение выявления **Д** и **П** с синдромом зависимости и увеличение их обращаемости с пагубным употреблением, можно предположить, что подъем первичной обращаемости был связан с расширением объема первичной и вторичной профилактики с детско-подростковыми контингентами населения. Вместе с тем, нельзя исключить влияния организационных факторов (Приказ МЗ РФ №1034н от 30.12.2015 г.), которые могли внести свой вклад в снижение показателей обращаемости всеми видами патологии после 2015 г. Факторы, формирующие первичную обращаемость **Д** и **П** по поводу наркологических заболеваний, нуждаются в дополнительном изучении эпидемиологическими методами.

## **ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ**

**Данилова Л.Ю., Шевченко Ю.С., Горюнова А.В., Харыбина Т.В.**  
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Москва, [europsy@mail.ru](mailto:europsy@mail.ru)

**Актуальность исследования:** Последние десятилетия обнажили проблему социального сиротства, когда воспитанниками приютов оказываются дети, имеющие одного или даже обоих родителей, но не получающие должной опеки и заботы. Изъятие детей из семьи происходит вследствие физического, психологического насилия и/или пренебрежения нуждами ребенка. Взрослея в биологической семье, такие дети воспроизводят аномальные паттерны родительского поведения и/или собственные аномальные модели взаимоотношений.

**Цель исследования:** Изучение отклонений в психическом развитии беспризорных детей, разработка мер коррекции нарушений формирования их личности.



**Материал и методы:** Обследованы 450 детей 3–14 лет, находившихся в одном из московских приютов. Использовались психопатологический и патопсихологический методы; оказывалась социальная помощь, общесоматическое лечение, психо- и фармакотерапия.

**Результаты и их обсуждение:** Исследование выявило, что круглыми сиротами (юридическое сиротство) были лишь 8% детей, в то время как 50% имели хотя бы одного родителя, а 42% - даже обоих родителей, не лишенных родительских прав. Причины помещения в приют: изъятие из семьи органами опеки вследствие алкоголизации или наркотизации родителей с асоциальным образом жизни, антисанитарией и голоданием детей – 35,5%, «потеря» ребенка на вокзале, в магазине без активных попыток родителей разыскать его в течение недель-месяцев – 26,5%, собственно бродяжничество детей при отсутствии контроля родителей – 14,5%, безнадзорность в результате внезапной смерти или помещения единственного родителя в больницу (включая психиатрические и наркологические стационары) – 9%, уход ребенка из семьи как протестная реакция в остром или затяжном конфликте с кем-либо из родных – 8,5%, лишение квартиры после неудачных финансовых операций родителей – 6%.

Психолого-психиатрическое исследование беспризорных детей выявило редкость случаев психического здоровья (6%), равно как очерченных случаев душевных заболеваний (7%) и олигофрении (11%) при высокой частоте психических нарушений пограничного круга (76%). В структуре последних преобладали задержки психоречевого развития (39%), последствия органического поражения ЦНС (27%), варьировавшие от легкого нарушения когнитивных функций с неврозоподобной симптоматикой до СДВГ и психоорганического синдрома, а также патохарактерологические реакции (29%) с аффективной взрывчатостью, истероформностью или отгороженностью от окружающих; «чистые» психогенные расстройства (депрессии, невротические состояния, ПТСР) выявлялись редко – (5%).

Вместе с тем, у большинства детей наблюдались нарушения, коррелировавшие с длительностью безнадзорности и возрастом, на который пришлось начало безнадзорности, что позволяло расценить их как депривациогенные девиации. Наиболее типичными были:

— недифференцированность эмоционального отношения к взрослым, проявлявшаяся в виде: а) диффузной агрессивной оппозиционности, б) пассивной отгороженности с легким возникновением реакции торможения, глубина и длительность которой могла достигать элективного мутизма, обращенного на взрослых;

— несформированность навыков совместной деятельности, включая игровую;

— отсутствие интереса и редкость детских игр в «дом», «дочки-матери» и т.п. с игровым воспроизведением эмоциональных связей и социальных функций членов семьи;

— недоразвитие высших социальных эмоций (жалости, сочувствия, сопереживания) со злорадством при неудачах других детей;

— ориентировка не на гуманистические ценности, а на культ грубой силы с проявлением собственной агрессии как предпочтительного способа разрешения конфликтов;

— уклонение от целенаправленной деятельности, требующей длительных волевых усилий (особенно к интеллектуальной работе), с проявлением патохарактерологических реакций отказа у малышей, активного протеста или рентных установок у подростков;

— превалирование бытовых интересов, связанных с примитивными сиюминутными развлечениями и удовлетворением мощного пищевого влечения.

Совокупная выраженность установленных нарушений соответствовала степени пограничного психического расстройства.

Всем воспитанникам приюта оказывалась юридическая/социальная защита, материальная помощь и лечение. Социальная защита заключалась в изъятии из семьи и ограждении от насилия взрослых при сохранении прав на жилье, образование и медицинские услуги вне зависимости от родительских установок. Предоставлялось проживание, питание, одежда, обувь, школьные принадлежности, игрушки, спортивный инвентарь, посещение театров, т.п. Всем детям требовалось соматическое лечение. В подавляющем большинстве дети также нуждались в психологической коррекции и психотерапии, а в ряде случаев – в психофармакотерапии.

Психокоррекция начиналась с постоянного на протяжении суток ненавязчивого контакта ребенка с взрослым с формирования ощущения эмоциональной поддержки и безусловного предоставления необходимой защиты. Достижение эмоционального успокоения и установление доверительного контакта позволяло перейти ко второму этапу работы, сочетавшему в себе лечебную педагогику и собственно психотерапию.

Для детей школьного возраста наиболее эффективными были групповая и индивидуальная бихевиоральная терапия, модифицированная с учетом возраста арт-терапия, а для детей дошкольного возраста – игровая и сказкотерапия; при этом в сказкотерапии предпочтение необходимо было отдавать бытовым, а не оторванным от повседневной социальной жизни фантастико-мистическим сюжетам. Гипнотические и релаксационные техники при групповой форме лечения оказались несостоятельными из-за биологических особенностей этой группы детей (моторная расторможенность, задержка психического развития со слабой развитостью образного мышления).

По мере прохождения реабилитационного курса постепенно появлялось дифференцированное отношение к окружающим, формировались социальные эмоции, навыки социально-ролевого поведения. Тем не менее, у ряда детей сохранялась недостаточная глубина и тонкость эмоциональных связей при внешней легкости общения, в выборе партнера проявлялась ориентация на формальные и рационально-конформные ориентиры с позиции «выгодно-невыгодно», сохранялась социальная пассивность и рентные установки.

В психофармакотерапии нуждались около половины детей. Дети с ЗПР и резидуально-органическими нарушениями ЦНС получали нейропротекторы, с СДВГ – страттеру и ноотропы. При аффективных фазах органической или эндогенной природы, особенно в случае типичного для возраста дисфорического окрашивания переживаний, вводился финлепсин. Лечение депрессий и ПТСР включало назначение антидепрессантов и анксиолитиков. Нейролептики использовались нечасто: «большие» – в единичных случаях психозов до перевода детей в профильный стационар, «малые» нейролептики применялись

чаще – при грубых психопатоподобных нарушениях поведения в рамках формирующейся психопатии или СДВГ.

**Выводы:** Социальное сиротство нарушает нормальное созревание и структурирование личности ребенка. Комплексная помощь позволяет эффективно компенсировать дизонтогенетические нарушения и искажения личностной структуры.

## **НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ПОТЕРПЕВШИЕ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЛЕКСНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Дозорцева Е.Г.**, [dozortseva.e@serbsky.ru](mailto:dozortseva.e@serbsky.ru)

**Нуцкова Е.В.**, [nutskova@serbsky.ru](mailto:nutskova@serbsky.ru)

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

Виктимологические исследования показывают, что несовершеннолетние представляют собой одну из наиболее подверженных криминальному насилию групп населения. По данным Следственного Комитета России, в 2018 году жертвами преступных посягательств стали 20642 ребенка. Из них от преступлений против половой неприкосновенности пострадали 6417 человека, от физического насилия (истязания и причинение тяжкого вреда здоровью) – 276. За последние три года зафиксирован устойчивый рост криминального насилия в отношении детей и подростков, в целом, на 10%. При этом более 40% потерпевших находились в возрасте до 10 лет.

Последствия криминального насилия и злоупотребления наносят тяжелый вред здоровью и психическому развитию детей и подростков, который нередко оказывается непоправимым. Для коррекции таких последствий и их профилактики необходимо знать, на что должен направить усилия специалист.

Кроме непосредственно самой ситуации правонарушения на состояние потерпевшего оказывает влияние последующее участие в судебно-следственных действиях. Причиной вторичной травматизации могут стать проведение опросов, выезды на место преступления, участие в опознаниях и очных ставках, присутствие в зале суда.

Для изучения психологических последствий сексуального насилия и злоупотребления (СНЗ) по отношению к девочкам и определения мишенной воздействия при проведении профилактических и психокоррекционных мероприятий было проведено комплексное психолого-психиатрическое обследование 200 несовершеннолетних потерпевших женского пола в возрастном интервале от 3 до 17 лет.

На первом этапе исследования ставилась задача определения характеристик психического состояния потерпевших. Патологические состояния были диагностированы у 22% обследованных, в том числе у 14,5% обнаруживалось психогенное состояние в форме расстройства, а у 7,5% – в форме реакции. 78% потерпевших были признаны психически здоровыми, однако 33% из них рекомендовалось в дальнейшем не участвовать в судебно-следственных действиях вследствие высокого риска ухудшения их состояния. Полученные результаты позволили предположить, что психические состояния потерпевших не ограничиваются констатацией психического здоровья или психического расстройства. В рамках общего континуума последствий от менее к более выраженным формам были выделены состояния психологического и клинического уровней. Психологический уровень включает в себя минимально неблагоприятное психологическое состояние (1) и неблагоприятное психологическое состояние (2) К последствиям клинического уровня относятся психогенное состояние в форме реакции (3) и психогенное состояние в форме расстройства (4).

На втором этапе в соответствии с выделенными четырьмя группами последствий были рассмотрены характеристики качества жизни и адаптации потерпевших девочек. Было установлено, что психически здоровые потерпевшие с неблагоприятным психологическим состоянием испытывают понижение качества жизни по нескольким параметрам и демонстрируют риск развития дезадаптации. В настоящий момент данная категория детей «выпадает» из поля зрения специалистов. Однако, представляется целесообразным рекомендовать исключать данную группу потерпевших из участия в судебно-следственных действиях и направлять их на коррекционные и профилактические программы.

Кроме того, если потерпевшие с психогенными психическими расстройствами, имеющими причинно-следственную связь с совершенными по отношению к ним преступлениями, имеют возможность получить компенсацию причиненного их здоровью вреда, то потерпевшие с неблагоприятным психологическим состоянием и снижением качества жизни такой возможности не имеют. Между тем, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что важным направлением развития судебно-психологических исследований является разработка дифференцированной оценки психических (психологических) последствий преступления, морального и социального вреда (при отсутствии вреда здоровью).

Новые направления исследований и разработок психологической и психолого-психиатрической проблематики несовершеннолетних потерпевших в настоящее время возникают в связи с развитием сети Интернет, которое влечет за собой не только расширение возможностей для виртуального общения и взаимодействия детей и подростков, но и новые формы насилия и злоупотребления по отношению к несовершеннолетним. Одной из самых опасных для психического развития ребенка является ситуация сексуальных домогательств. Сексуальные домогательства, или груминг, включают в себя выстраивание доверительных отношений с ребенком для его дальнейшей сексуальной эксплуатации. Согласно опросу школьников Москвы и Московской области, проведенному Г.У. Солдатовой и коллегами (2017) среди 14-17 летних подростков, 48% из них сталкивались с предложениями пообщаться на интимные темы, выслать фото или видео в обнаженном виде. В 2017 г. среди подростков, обратившихся на линию помощи «Дети онлайн», 33% просили поддержки именно в решении проблемы сексуальных домогательств. В экспертной практике работы с потерпевшими от сексуальных злоупотреблений посредством сети Интернет психологами и психиатрами исследуются предпосылки беспомощного состояния несовершеннолетних, однако актуальной является также задача оценки последствий такого рода преступлений для их психического состояния, а также разработки мер профилактики виктимизации несовершеннолетних.

В целом, психологи и психиатры, проводящие комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы несовершеннолетних потерпевших, могут не только решать важные экспертные вопросы, но и стимулировать дальнейшее развитие методологии и практики работы с детьми, пострадавшими от преступлений, в том числе совершенствование законодательства, расширение возможностей оказания дифференцированной и эффективной психологической помощи таким детям.

Судебная экспертиза несовершеннолетних потерпевших должна рассматриваться как один из этапов их сопровождения специалистами в рамках судебно-следственных действий. Непрерывное психологическое сопровождение потерпевшего, начинающееся с момента сообщения правоохранительным органам о совершении преступления, имеет, как известно, двойную цель – получение необходимой следствию информации и поддержание психологического и социального благополучия ребенка. Психологи выступают при этом в различных ролях и имеют разные функции - психолог, сопровождающий ребенка при проведении с ним следственных действий; психолог-эксперт; психолог-консультант и реабилитолог. Разработка концепции целостного и преемственного процесса сопровождения, нормативно-правового регулирования работы психологов в разных ролевых позициях в рамках этого процесса, их профессиональных стандартов и компетенций, программ обучения и подготовки – важная перспективная задача ближайшего будущего.

## **К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕОРИЕНТИРОВАННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЫ**

**Доноева Ю.В.**

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова» (ФГБОУ ВО «БГУ»), Россия

donoeva\_yuliya@mail.ru

Сохранение и укрепление здоровья детей, а также формирование здоровьесберегающей направленности личности, на сегодняшний день, является одним из главных ориентиров развития полноценного здорового общества в будущем. Главным звеном в формировании здоровьесберегающей позиции школьников являются, безусловно, семья, а также психологи, учителя, медики общеобразовательных учреждений. Формирование основ здорового образа жизни, здоровьесберегающей направленности, должно осуществляться в современных школах через проведение и организацию урочной, внеурочной, а также внеклассной деятельности.

Понятие здоровьесберегающей направленности личности интегрировано в понятия «направленность личности» и «здоровье». Так как направленность личности характеризуется интересами, установками, убеждениями, идеалами, ценностными ориентациями, в которых выражается мировоззрение человека, а здоровье является залогом полноценной жизни, основной ценностью человека, то под понятием «здоровьесберегающая направленность» личности, подразумевается комплекс ценностных ориентаций, преобладающих мотивов, важных интересов, установок, включающий и этнокультурные установки, и взаимоотношения подрастающего человека, ориентирующий его на непрерывное осмысленное выполнение здоровьесберегающей деятельности.

Каждая современная школа должна стремиться к тому, чтобы повысить качество жизни и улучшить состояние здоровья подрастающего поколения. Для этого в любом общеобразовательном учреждении необходимы организация и проведение



здоровьеориентированных мероприятий. Практически каждая современная школа стремится осуществить прогрессивные и свои идеи в данном вопросе. Но, к сожалению, на сегодняшний день, вопросы, касающиеся формирования здоровьеориентированной позиции школьника рассматриваются, как правило, лишь в отдельных темах таких учебных дисциплин как физическая культура, основы безопасности жизнедеятельности, биология. Поэтому при рассмотрении вопроса об организации и проведении здоровьеориентированных мероприятий в условиях современной школы, представляется важным проведение тренинговых сессий по формированию здоровьеориентированной направленности личности подрастающего поколения.

В исследовании приняли участие испытуемые (9-11 классов) двух тренинговых групп по 20 человек (контрольная и экспериментальная). Из общего количества испытуемых по методике С.С. Бубнова на этапе констатирующего эксперимента, 25% наивысшим баллом отметили такую ценностную ориентацию как «помощь и милосердие к другим людям». Мы предполагаем, что данное объясняется «остаточным» процессом предшествующего возрастного этапа, где ведущим типом деятельности являлась социализация, главной целью которой считается окружение, общество, совместные действия. У 15% респондентов наиболее выраженной ориентацией оказалась ориентация на «признание и уважение людей и влияние на окружающих». Именно в подростковом возрасте формируется личность школьника-подростка, его активного стремления к занятию новой социальной позиции, осознания своего «Я», утверждения во взрослом мире, а также стремления применить свои возможности. «Приятное времяпрепровождение и отдых» отметили 5% школьников, 5% - высокое материальное благосостояние. Интересующую нас ценностную ориентацию «здоровье» отметили 15% испытуемых.

В рамках формирующего эксперимента были проведены тренинговые сессии. Организация и проведение здоровьеориентированных тренинговых сессий включало в себя несколько этапов: вводный этап с введением участников в курс дела; информационно-просветительский с темами занятий о вопросах рационального питания, гигиены, репродуктивного здоровья,

психоэмоционального равновесия, профилактики применения психоактивных веществ, противостояния давлению среды, жизненных ценностей; этап освоения и отработки здоровьеориентированных навыков через групповые методы кооперативного обучения, мозговые штурмы, ролевые игры, приемы телесной терапии, арт-терапии и игротерапии; и контрольный этап с выявлением уровня овладения обучающимися знаниями.

Формирующий эксперимент показал увеличение более чем в два раза показателя выбора ценностной ориентации «здоровье» с 15% до тренинга, до 40% после тренинга. Предполагаем, что область сбережения и усовершенствования своего самочувствия считается управляемой, подвластной изменениям и улучшениям для индивида. Второе и третье место (по 10%) занимают ценности «помощь и милосердие к другим» и «признание и уважение людей и влияние на окружающих». Вероятно, это объясняется появлением необходимости в социуме. В группе испытуемых, где не проводились тренинговые занятия, существенных перемен в выборе определенной ценностной ориентации по обоим методикам не наблюдалось.

Для оценки эффективности проведенных тренинговых сессий с учащимися, нами был применен ф-критерий углового преобразования Фишера. В соответствии с полученными данными контрольной и экспериментальной групп, значительно повысились показатели выбора ценности «здоровье» ( $f^*_{эмп.}=2.296$  при  $p \leq 0,01$ ). Полученные результаты позволяют говорить об эффективности проведенного тренинга по формированию здоровьеориентированной направленности личности, проведенного в экспериментальной группе в условиях современной школы.

Таким образом, организация и проведение здоровьеориентированных мероприятий с помощью тренинговых сессий, будет способствовать развитию здоровой личности, самоорганизации здоровой жизнедеятельности, осмысленному выполнению здоровьесберегающей деятельности и, в целом, здоровьеориентированной направленности личности современных подростков.

## Литература:

1. Айзман, Р. И. Теоретические основы безопасности жизнедеятельности: учебное пособие для вузов: рек. УМО вузов РФ / Р. И. Айзман, С. П. Петров, В. М. Ширшова; Новосиб. гос. пед. ун-т; Моск. пед. гос. ун-т. - Новосибирск; Москва: Арта, 2011. - 208 с.
2. Васильева, О.С. Психология здоровья. Феномен здоровья в культуре, психологической науке и обыденном сознании / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. - М.: Мини Тайп, 2015. - 480 с.
3. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. - М.:АПК и ПРО,2002. -121с.
4. Тудупова, Т.Ц. Этнопсихологический тренинг как средство формирования здоровьесберегающей направленности личности подростков: монография/ Т.Ц. Тудупова, Ю.В. Доноева. - Улан-Удэ: Издательство Бурятского государственного университета, 2015. -212 с.
5. Тудупова Т.Ц., Доноева Ю.В.- К вопросу о формировании здоровьесберегающей направленности личности школьника // Психология и Психотехника.-2019.-№1. – С.100-107.

## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Дуктен-оол С.М., Ондар Ю.Г. Монгуш Ч.К.,**

г. Кызыл, [sne819@yandex.ru](mailto:sne819@yandex.ru)

Республика Тыва относится к регионам с высоким уровнем суицидов и суицидальных попыток среди подростков и преступлений, связанных с жестоким обращением и насилием в отношении несовершеннолетних. В 2015 г. в Республике отмечался один самых высоких показателей по частоте детско-подростковых суицидов и парасуицидов в РФ - 348,6 на 100 тыс. подросткового населения. Для оперативного реагирования и оказания своевременной медико-психолого-социальной помощи несовершеннолетним попавшим в кризисную ситуацию в Республике был открыт Центр психического здоровья детей и подростков (ЦПЗДиП), который успешно функционирует в настоящее время.

Цель исследования. Изучение социально-демографических и клинических факторов, приводящих к кризисному состоянию детей и подростков и роль ЦПЗДиП в их профилактике.

Материал исследования. Анализ 462 историй болезни детей и подростков, поступивших на медико-психолого-социальную реабилитацию в ЦПЗДиП за 2016-2018 гг. Из них 61,4% составляли девочки, 38,5% - мальчики. По возрасту: дети до 14 лет - 54,8%, 14-17 лет- 45,1%. По месту жительства: городские дети – 70%, сельские -30%.

Результаты и обсуждение. Анализ социальной структуры детей и подростков показал, что практически все являлись учащимися общеобразовательной школы (96,2%), лишь малая часть (3,8%) обучалась в средних учебных заведениях. 10% учащихся учились по специализированной (вспомогательной) программе VIII вида, 75% показали слабые знания по предметам и низкую успеваемость. В полных семьях проживали 37,5% детей, в приемной семье – 12,5% несовершеннолетних. Дети преимущественно жили в малообеспеченных (63,9%) и многодетных (50,0%) семьях, родители были заняты малоквалифицированным трудом, случайными заработками, сезонными работами, либо являлись безработными. Отмечался достаточно высокий уровень (46,5%) злоупотреблений родителями алкогольных напитков, причем в 60% случаев из них - матерями. Более трети (35,7%) подростков не имели надлежащих условий для проживания в семье. Вне семьи, в интернатных учреждениях жили 16,3% детей, у 4,8% из них родители лишены родительских прав.

Причиной обращения за специализированной психиатрической, психологической помощью зачастую являлась низкая успеваемость подростка, отсутствие желания учиться и отказ от посещения занятий, отклоняющееся от нормы поведение (агрессивность, уходы из дома, бродяжничество, правонарушения и т.д.), эмоциональные расстройства (раздражительность, плаксивость, безразличие), высказывание суицидальных мыслей и суицидальные попытки. Так, из всех детей (462) в ЦПЗДиП поступили после совершения суицидальной попытки - 31,4%, в связи с психическими расстройствами - 22,8%; с аддиктивным поведением - 21,4% несовершеннолетних; по поводу высказывания

суицидальных мыслей и угроз - 15,7% подростков; после сексуального насилия - 8,5% девочек.

В структуре выявленных психических расстройств у детей и подростков наиболее распространенными являлись «эмоциональные расстройства и расстройства поведения» – 41,4%; «невротические расстройства, связанные со стрессом» составили 17,1% случаев; «депрессивные расстройства» выявлены у 10% несовершеннолетних. Также квалифицировались «легкое когнитивное расстройство» – 12,8%; «умственная отсталость» – 11,4%; «расстройство психологического развития» – 4,2% случая.

Заключение. В формировании кризисного состояния у детей и подростков важную роль играют неблагоприятные социально-психологические факторы с отсутствием с раннего возраста безопасной внутрисемейной среды, конструктивных взаимоотношений между детьми и родителей. Как показал анализ к суицидальным действиям детей и подростков часто приводят конфликтные отношения в семье (скандалы, ссоры, развод родителей), злоупотребление родителями алкогольных напитков. Особенно резко увеличивает вероятность суицида и деструктивного поведения различные формы жестокого обращения над детьми, включая сексуальное насилие и злоупотребление. Следует отметить, что открытие ЦПЗДиП в Республике Тыва позволило существенно улучшить межведомственное взаимодействие по вопросам охраны психического здоровья детей и подростков, профилактике у несовершеннолетних отклоняющихся форм поведения, включая суицидальное, с другими ведомствами и департаментами республики. Тем самым увеличился охват детей, нуждающихся в медико-психолого-социальной помощи и реабилитации. За 5 лет работы Центра в Республике Тыва уровень суицидальных попыток среди несовершеннолетних снизился на 70,4%, завершённых суицидов на 67,0%. Так, в 2018 году показатель суицидальных попыток среди несовершеннолетних в субъекте составил 21,6 и завершённых суицидов – 3,3 на 100 тыс. детско-подросткового населения (в 2014 году данные показатели имели значение 72,9 и 10,0, соответственно).

Таким образом, результатом эффективной деятельности Центра является значительный спад социально-демографической

напряженности среди несовершеннолетних вследствие снижения уровня суицидов в Республике.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**Забозлаева И.В., Малинина Е.В.**

ФГБОУ ВО Южно-уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск,

[malinina.e@rambler.ru](mailto:malinina.e@rambler.ru)

**Актуальность** проблемы определяется отсутствием данных по эволюции форм аутизма к подростковому возрасту. В Международных классификациях аутистические расстройства не имеют возрастных ограничений. В то же время в практике детского психиатра у детей с аутизмом происходит смена диагноза. Литературные данные свидетельствуют о неоднозначном толковании прогноза у данных пациентов в подростковом возрасте. В целом прогноз у подростков с синдромом Каннера не рассматривается как очень благоприятный. Так, у 60-70% пациентов состояние расценивается тяжелым и они постоянно нуждаются в посторонней помощи. Некоторым людям с синдромом Аспергера удается профессиональная карьера, но они отличаются нарушением социальной адаптации и в течение жизни остаются одинокими, замкнутыми. В подростковом возрасте прогноз может ухудшаться из-за наступления эпилептических припадков, психотических фаз, агрессии, аутоагрессивных действий, развитием поведенческих асоциальных феноменов (правонарушения, насилие, жестокость), тревожности, депрессии, шизофрении. Но могут наблюдаться и положительные тенденции. Так, у 40-80% подростков наблюдается значительное улучшение коммуникации, социальных навыков и поведения. Все больше людей с аутизмом живут самостоятельно, заводят собственные семьи, обучаются в школе, ВУЗе. В тоже время на сегодняшний день нет данных по распространенности форм аутизма в подростковом возрасте, единого подхода к постановке диагноза в разные возрастные периоды детства, не изучена возрастная

эволюция аутистических расстройств. Это, в свою очередь затрудняет решение социальных вопросов.

**Цель исследования:** изучить клинико-психопатологические и клинико-динамические особенности аутистических расстройств в подростковом возрасте.

**Материал и методы:** Ретроспективно, методом случайного отбора изучено 48 пациентов с аутистическими расстройствами: 39 мальчиков и 9 девочек в возрасте 12-18 лет. Всем обследованным был выставлен диагноз аутизма в детском возрасте. Верификация форм аутистических расстройств проводилась в соответствии с МКБ-10. Использовались клинические методы исследования, рейтинговая шкала детского аутизма (CARS), тест Д. Векслера (WISC) для определения уровня интеллекта. В соответствии с формами аутистических расстройств, все пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – детский аутизм (синдром Каннера, детский аутизм после перенесенного инфантильного психоза) (n=23), 2-ая – атипичный аутизм (n=18), 3-я – синдром Аспергера (n=7).

**Результаты обсуждения:** Анализ полученных данных показал, что у всех подростков с синдромом Каннера (1 группа) (n=8) заболевание дебютировало в раннем возрасте от 0-18 месяцев. Первые слова появились после 3-х лет, фразы к 4-5 годам, с ограниченным запасом слов, невнятной речью, эхолалиями, штампами или она отсутствовала. В поведении регистрировались аутистические формы общения и стереотипная игровая деятельность, которые оценивались как тяжелые. У остальных 15 детей симптомы аутизма появились после перенесенного регресса в возрасте до 2-х лет. Клиническая картина характеризовалась постепенной утратой речи, появлением эхолалий, «птичьего языка»; распадом интеллектуальных, моторных функций (утратой ходьбы, ползанием на коленях), потерей навыков опрятности. Игровая деятельность заменялась стереотипными действиями с использованием неигровых предметов, с архаичными формами поведения (облизыванием, обнюхиванием предметов, людей). У всех детей симптомы аутизма были тяжелые (36-60 баллов по шкале CARS). В 72,2% выход из регресса был более благоприятным, преобладали личностные особенности с коммуникативными трудностями, парциальным снижением интеллектуальных функций, в

22% – тяжелым. В подростковом периоде физическое развитие соответствовало возрасту, но при этом сохранялись трудности общения, избирательность контактов, отсутствие друзей. В большинстве случаев речь оставалась на уровне лепета, отдельных слов и эхоталий и лишь у небольшой части детей увеличивался словарный запас, появлялись фразы, расширялись коммуникативные связи.

Атипичный аутизм (2 группа) дебютировали регрессом в возрасте 36 месяцев после периода нормального развития. Клиническая картина характеризовалась углублением аутистической отрешенности, регрессом речи, моторики (с частичной утратой ходьбы), навыков опрятности, пищевого поведения (вплоть до поедания несъедобного) («крайне тяжелый» аутизм 52,8 баллов по шкале CARS). В подростковом возрасте у всех детей отмечался злокачественный характер течения заболевания с формированием олигофреноподобного дефекта.

Более «мягкие» проявления аутизма отмечались у пациентов с синдромом Аспергера (3 группа). У всех детей наблюдались опережение в речевом развитии в первые годы жизни, но без употребления личных местоимений, скандированный стиль и трудности поддержания коммуникаций, трудности общения с детьми, отсутствие друзей, но присутствием воображаемых, сверхценные увлечения компьютером, постоянным чтением энциклопедий. Степень выраженности аутизма расценивалась как легкая/умеренно выраженная (30-34 балла по шкале CARS). В подростковом возрасте в поведении сглаживались аутистические черты: они могли поддерживать диалог, адаптировались в социуме, хотя сохранялась избирательность и отсутствие гибкости, тонкости, дистанции в общении.

Всем пациентам была проведена патопсихологическая диагностика. По результатам обследования IQ были выявлены различия в уровнях интеллекта. Так, в 1 – й группе детей, с детским аутизмом, уровень интеллекта колебался от низкой нормы до степени легкой умственной отсталости (80 – 69б.); во 2 – й группе, с атипичным аутизмом, от легкой до умеренной умственной отсталости (65 – 49б.). У детей 3 – й группы, с синдромом Аспергера, IQ соответствовал норме



(90 – 117б.). Все дети с синдромом Аспергера обучались в средней школе.

*Прогноз* можно было оценить как *благоприятный* у пациентов с синдромом Аспергера, когда сглаживались аутистические черты, с возможностью адаптироваться в коллективах, но с сохранением избирательности в общении, стереотипными увлечениями, склонностью к депрессиям, обсессивно-компульсивным расстройством. Динамика диагноза в амбулаторной медицинской карте характеризовалась сменой синдрома Аспергера либо на шизоидную психопатию, либо шизотипическое расстройство. У большинства пациентов с детским и атипичным аутизмом отмечался *неблагоприятный прогноз*, с сохраняющейся аутизацией, наличием психотической симптоматики шизофренического спектра, нарушением адаптации, с формированием когнитивного дефекта, поведения по типу психопатоподобного синдрома, возникновение эпилептических припадков. Большинству пациентов в подростковом возрасте в амбулаторной медицинской карте был выставлен диагноз умственной отсталости, шизофрении.

**Выводы:** Таким образом, проведенное клинико-динамическое изучение симптомов аутизма к подростковому возрасту показало, что определяющим в квалификации прогноза является форма аутизма. Наиболее благоприятными были показатели при синдроме Аспергера и неблагоприятными при детском и атипичном аутизме. Эволюцию аутистических симптомов следует рассматривать с позиций возрастной динамики преимущественно в рамках аутистического континуума и это не должно отражаться на изменении диагнозов, что важно для решения реабилитационных и социальных вопросов.

# ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ (ПОСТРАДАВШИХ ПРИ НАПАДЕНИИ НА ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ Г. КЕРЧЬ)

**Захарова Н.М., Баева А.С., Цветкова М.Г.**

ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского Минздрава России, Москва  
[natali\\_oslo@mail.ru](mailto:natali_oslo@mail.ru)

«Скулшутинг» - спланированное нападение одного или более учеников на остальных учеников и персонал учебного заведения с применением стрелкового оружия и самодельных взрывных устройств, сопровождающееся многочисленными жертвами, является одной из наиболее травматичных, в психическом плане, чрезвычайной ситуацией, сравнимой с боевой травмой. Массовость поражения, гибель хорошо знакомых сверстников и преподавателей, калечащие травмы с утратой внутренних органов и конечностей, приводят к развитию выраженных постстрессовых расстройств, течение которых осложняется длительностью хирургического лечения с множественными оперативными вмешательствами и болезненной реабилитацией.

Учитывая новизну данной проблемы для нашей страны, необходимо детальное изучение возникающих у детей и подростков, пострадавших при «скулшутинге», психических и психологических проблем, для оптимизации организации и оказания им психолого-психиатрической помощи.

**Цель исследования:** изучение структуры психических нарушений и их динамики у подростков с минно-взрывной травмой.

**Материалы и методы:** В исследование включены материалы обследования и динамического наблюдения 10 подростков (9 девочек, 1 мальчик) в возрасте от 15 до 18 лет, получивших минно-взрывные травмы в результате вооруженного нападения на политехнический колледж г. Керчь (17.10.2018г.), доставленных на лечение в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы. У всех

пациентов имели место телесные увечья различной степени тяжести, достигающей инвалидности: черепно-мозговая травма, утрата или значительное поражение внутренних органов (кишечник, мочевого пузыря, доля легкого), органов чувств (зрение, слух), одной или более конечности, эстетические дефекты телесного покрова (травматические и послеоперационные рубцы), а также иная соматическая постравматическая патология.

В исследовании использовался клиничко-психопатологический метод, дополнительно количественная оценка информации осуществлялась с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии Гамильтона.

### **Результаты исследования.**

Средний возраст всех обследованных составил 16,3 года.

Первичное обследование проводилось в первые 3-5 дней с момента возникновения чрезвычайной ситуации. Жалобы: нарушения сна (прерывистый, с пугающими сновидениями), плаксивость, навязчивые воспоминания и «картинки» произошедшего перед глазами, страх перед возвращением в колледж.

В изученном контингенте пораженных хирургического профиля психические расстройства имели место в 100 % случаев, однако они не достигали психотического уровня. В психическом состоянии пострадавших отмечалась ситуационно-обусловленная реакция на тяжелый стресс, характеризующаяся переживанием утраты (потеря здоровья) (8 чел. – 80%), фиксацией на психотравмирующих переживаниях (9 чел. – 90%), растерянностью и «оглушенностью» (10 чел. – 100%). Обращали на себя внимание эмоциональная лабильность (10 чел. – 100%), транзиторная тревога (10 чел. – 100%), навязчивые воспоминания (8 чел. – 80%), изменение психомоторных реакций (с гипо- и гиперреактивностью) (6 чел. – 60%). Субъективный дискомфорт доставляли нарушение сна (бессонница/гиперсомния, кошмарные сновидениями, поверхностный сон) (8 чел. – 80%) и выраженная вегетативная симптоматика (тахикардия, гипергидроз, повышение

температуры тела) (10 чел. – 100%). В некоторых случаях наблюдалось снижение когнитивных функций (6 чел. – 60%).

В остром периоде психотравмы специалистами психиатрами-психотерапевтами осуществлялась консультативно-диагностическая и психотерапевтическая помощь пострадавшим от взрыва, которая была направлена на снижение интенсивности болезненной симптоматики, формирование более адаптивного режима функционирования (нормализации сна, вегетативной нервной деятельности) и установление комплаенса, для долгосрочных психотерапевтических отношений.

По мере отдаления от произошедшей чрезвычайной ситуации, на последующих этапах реабилитации (спустя месяц и более), в психическом состоянии пострадавших отмечалось сглаживание реактивных проявлений, с одномоментным развитием психо- и цереброастенической симптоматики. Преобладали жалобы на физическую слабость и изнеможение (10 чел. – 100%), субъективное ощущение мышечного напряжения (8 чел. – 80%), соматоформные проявления в виде головной боли напряжения, головокружений, транзиторных диспепсических симптомов (10 чел. – 100%). У пациентов выявлялись ослабление памяти (7 чел. – 70%), сложности в сосредоточении, неэффективность умственной деятельности (6 чел. – 60%) и быстрая истощаемость (10 чел. – 100%), эмоциональная лабильность (8 чел. – 80%), нарастающее недовольство собой (7 чел. – 70%). Отмечались также депрессивные расстройства (6 чел. – 60%), проявляющиеся снижением аффективного фона, потерей интереса к жизни, дисфорией, чувством вины, нарушением сна (беспокойный сон ночью, раннее пробуждение), изменением аппетита (отсутствие интереса к пище), а также изолированные тревожно-фобические расстройства в виде аэрофобии, агорафобии, танатофобии (4 чел. – 40%). Указанная симптоматика, по-видимому, явилась результатом интегративного взаимодействия патологических церебрально-органических и личностно-реактивных механизмов.

Следует отметить, что выраженность психических расстройств на начальном и отдаленном этапах была

значительнее у пациентов с более тяжелой и калечащей травматической патологией.

**Заключение.** У всех подростков с минно-взрывной травмой, полученной при «скулшутинге», имели место значительно выраженные психические расстройства. В остром периоде психотравмы на первый план выступали растерянность с фиксацией на переживаниях, связанных с пережитой чрезвычайной ситуацией, сопровождавшиеся выраженными вегетативными нарушениями. Спустя месяц и более от момента психотравмы, в психическом статусе преобладали проявления церебро-астенического синдрома и расстройства тревожно-депрессивного спектра.

## **ПЕРВИЧНОЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ, ОСВОБОЖДЕННЫХ ИЗ ИРАКСКОЙ ТЮРЬМЫ**

**Захарова Н.М., Милехина А. В.**

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Москва. amilh@mail.ru

В результате образования «Исламского государства» (ИГ) (террористической организации, действующей на территории Ирака и Сирии), идеология которого провозглашала создание исламского халифата, мусульмане из разных стран, в том числе и из России, устремились в Сирию. Нерешённые социальные вопросы, низкий уровень жизни, отсутствие уверенности в завтрашнем дне, а также квалифицированная работа вербовщиков ИГ привели к тому, что, только по официальным данным, на стороне террористов воевало около 4000 российских граждан из разных регионов страны. При этом большинство боевиков вывезли с собой на территорию так называемого халифата своих жён и детей, которые вынуждены были проживать в условиях длительной локальной войны, не имея возможности покинуть зону военных действий. Все обследованные дети родились в России, но около 4 лет назад в разном возрасте (от нескольких месяцев до 10 лет) были вывезены родителями на

территории, подконтрольные ИГ (Сирия, Ирак). Последние примерно 1,5 года дети, независимо от пола и возраста, провели в общих камерах иракской тюрьмы вместе с осуждёнными матерями. Помимо ограничения свободы, к факторам, которые могли негативно повлиять на физическое и психическое состояние детей, можно отнести крайне однообразное питание (чечевица, рис, редко – овощи), практически полный отказ от мяса (по религиозным соображениям), прогулки один раз в неделю в закрытом дворе тюрьмы, сложности с удовлетворением естественных потребностей из-за постоянных очередей в туалет, а также отсутствие какого-либо обучения. Сотрудники ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России в 2019 г. обследовали 61 ребенка в возрасте от 4 до 15 лет (26 мальчиков, 35 девочек), доставленных из иракской тюрьмы, матери которых были осуждены за связь с запрещённой в Российской Федерации организацией ИГ, а отцы (участники вооружённых формирований) погибли или пропали без вести. Обследование проводилось в стационарном отделении ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России в три этапа, по мере прибытия детей в Москву, в первые сутки после передачи их родственникам-опекунам. Во время нахождения в отделении всем детям проводились клинические и инструментальные исследования, по результатам которых выраженной соматической патологии выявлено не было. Со слов родственников и медицинского персонала, ни у кого из детей диссомнических расстройств и снижения аппетита не наблюдалось. В результате обследования были выявлены комплексы симптомов и поведенческих особенностей, характерных для отдельных гендерно-возрастных категорий, что позволило условно разделить всех обследованных детей на 6 групп. У девочек 4–5 лет можно предположить формирование реактивного расстройства привязанностей в детском возрасте (F94.1), с боязливостью и настороженностью в отношении окружающих, ограничением или отсутствием взаимодействия со сверстниками (общение только с братьями, сёстрами). У девочек 5–7 лет было выявлено социальное тревожное расстройство в детском возрасте (F93.2), а точнее, расстройства общения с незнакомыми лицами у детей, с

преобладанием боязни незнакомых лиц, социальной тревогой и беспокойством при неожиданных новостях, необычных, возможно, угрожающих с их точки зрения ситуациях. У мальчиков 4–7 лет эмоциональный фон был ровный, по результатам тестирования были выявлены тревожность, настороженность, упрямство, негативизм. Отмечена склонность к агрессивному поведению в ситуациях, имеющих определённую направленность и установку (обсуждение религиозных ценностей, родителей, семейных традиций). Мальчики от 8 до 12 лет при общении проявляли сдержанность в суждениях, настороженность, скрытую агрессивность. Контакт поддерживался формально, при расспросах о жизни в тюрьме уходили от ответа, ссылаясь на плохое знание русского языка, раздражались. Однако, когда речь заходила о религиозных устоях, они оживлялись, начинали с напором, на хорошем русском языке, заученно декламировать большие отрывки из Корана, делая акцент на заповедях, которым необходимо следовать, чтобы «попасть в рай». Девочки 13–15 лет носили строгий хиджаб с закрытыми плечами. Общались в основном между собой, с осуждением поглядывая на активных детей младшего возраста. В контакт с женщинами вступали свободно, общения с мужчинами избегали. Во время беседы с врачом в большинстве случаев девочки сидели в напряжённой позе, имели опущенный взгляд, были мало эмоциональны. При расспросах о пребывании в тюрьме оставались безучастными, подробно рассказывали о питании, распорядке дня и т.д. У всех девочек старшей группы было отмечено снижение фона настроения. Все они в разговоре с врачом высказывали надежду на встречу с матерью, оставшейся в Ираке или Сирии, расспрашивали о том, когда это может произойти, строили планы о возвращении матери на родину, некоторые говорили об этом с утвердительной интонацией. Мальчиков старше 12 лет среди освобождённых из тюрьмы не было. Проведенное обследование показало отсутствие у обследованных выраженных психопатологических расстройств. Наблюдавшиеся депрессивные реакции носили ситуационный характер и были обусловлены актуальной разлукой с матерью. В поведении на первый план выступали возрастные, национальные и религиозные особенности. У детей до 6 лет обращала на себя внимание выраженная задержка психофизического развития. У детей более старшего возраста

отмечалась значительная педагогическая запущенность, религиозная направленность полученных знаний и привитых умений. Поведенческие реакции у детей были однотипны и обусловлены растерянностью, настороженностью, страхом нарушить религиозные заповеди и наказания родителей. Учитывая длительность и значительную тяжесть психотравмы (проживание в зоне боевых действий, гибель родных, нахождение под обстрелами и бомбёжками), а также дополнительные психотравмирующие факторы (отрыв от матери, смена места жительства и окружения, адаптация в семье опекуна и в новом для них социуме), нельзя исключить возможность развития психических расстройств, связанных с пережитым стрессом, на отдалённых этапах, в связи с чем необходимо наблюдение психического состояния обследованных в динамике.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПРОСНИКА STQ-77 В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

**Зверева Н.В., М.В.Зверева, Балакирева Е.Е., Пятницкая Л.Н.**  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Москва, Россия

**Введение.** Амбулаторное консультирование для оценки психического здоровья, когнитивного, эмоционального и социального детей и подростков психиатрами и психологами становится все более востребованным в последнее время, в том числе в связи со смещением акцента помощи в сферу амбулаторного звена. Эта работа ведется в ФГБНУ НЦПЗ уже в течение ряда лет. Психологи и психиатры давно нашли общий язык и формулировки задач для обследования и ведения пациентов в клинике (Козлова И.А., 2001). Когда речь идет об амбулаторной консультации, ограниченной временными рамками, а в случае внебюджетного консультирования и материальными возможностями родителей, большое значение начинает приобретать диагностический инструментарий. Применяемые инструменты диагностики должны сочетать необходимые параметры, отвечающие запросам доказательной науки и практики, но в то же время позволять провести качественный анализ полученного совокупного материала по



данным наблюдения, анамнеза, клинического разбора и материалов психологического обследования, а также беседы с родителями и ребенком (подростком).

**Обоснование методики.** Одним из богатых вариантов такого инструментария представляется опросник оценки функционального ансамбля темперамента, разработанный И.Н.Трофимовой на основе теста В.М.Русалова. Темперамент рассматривается не только как изолированная черта или свойство индивидуальности, а как целая система. функциональный ансамбль, включающий в себя значительное количество свойств, отражающих как морфологическую, биохимическую и иную биологическую природу человека, но также связанный со многими психологическими характеристиками индивида. Такой подход позволяет рассматривать параметры функционального ансамбля темперамента в их связи с другими характеристиками психической деятельности человека, в том числе и в онтогенетическом плане. В настоящем сообщении мы хотим обобщить опыт применения опросника STQ -77 для оценки функционального ансамбля темперамента (Русалов В.М., Трофимова И.Н.). Данный опросник заполняется родителями, если ребенок не достиг 17-ти летнего возраста. При проведении амбулаторной консультации возможность «по делу» отвлечь родителя от постоянного контроля за ситуацией обследования сына или дочери представляется уместной, чтобы получить дополнительную верифицированную информацию о ребенке, не акцентируя внимания родителя на собственно результатах обследования и успехах/неуспехах ребенка. Дополнительный плюс методики заключается в том, что есть автоматизированный алгоритм обработки, позволяющий достаточно быстро получить специфику состава функционального ансамбля темперамента ребенка и родителя (по желанию последнего) и использовать эти данные при выстраивании рекомендаций, опираясь на слабые и сильные стороны этого ансамбля.

**Цель работы:** провести пилотное тестирование русскоязычной версии опросника STQ-77 на пациентах с амбулаторного приема (дети и подростки).

**Метод.** Опросник включает паспортную часть и 77 утверждений, снабженных Лайкертовской шкалой с 4-мя вариантами от полного несогласия до полного согласия с утверждением. Текст опросника,

специализированный для 4-х возрастных групп от 0 до 16 лет, можно найти по ссылке <https://fhs.mcmaster.ca/cilab/PS/PS-STQ.htm#testing>. Версия И.Н.Трофимовой содержит 12 шкал темперамента (включены 3 шкалы эргичности-выносливости). Для динамических характеристик это: выносливость, пластичность, скорость действий и эмоциональность рассматриваются в трех плоскостях: интеллектуальной, социально-вербальной и моторно-физической, а для функциональных: энергетический, скорость интеграции, ориентация сочетаются с вероятностными, социально-вербальными, моторно-физическими и эмоциональными параметрами, все вместе образует 12 параметров. (Трофимова И.Н., 2019 – последняя версия). Для детей от 0 до 16 лет опросник заполняет родитель, а испытуемый старше 16 лет заполняет версию опросника самостоятельно.

**Испытуемые.** В данное сообщение включены результаты обследования с помощью опросника STQ -77 амбулаторных пациентов (36 человек, 21 мальчик) в возрасте от 5,5 до 18,8 лет (средний возраст девочек – 12,3 года, мальчиков -12,4 года), приходивших на прием к психологу по рекомендации психиатра. Диагнозы по МКБ10 преимущественно F20 и F21, либо аффективная или поведенческая патология, в редких случаях – резидуально-органические расстройства.

### **Результаты.**

Сопоставление шкал показывает, что максимально высокие баллы получили испытуемые по шкале тревожность (нейротизм) – в среднем 17,6 балла, самые низкие оценки были получены по шкале пластичность – 12,6 балла. Различия статистически достоверны на уровне  $p \leq 0.01$  по критерию Манна-Уитни. Мальчики и девочки не различаются между собой значимо по этим параметрам.

Также среди низких показателей – самооценка (13,5), эмпатия – 14,6, физическая активность – 12,4 балла. Учитывая преобладание пациентов с шизоидным складом психики, можно уверенно опираться и на данные опросника STQ-77 для оценки их социальной перцепции, социализации и для обоснования для родителей направления на тренинг социальных навыков и т.п.

Среди важных тенденций получено, что у подростков 13-18 лет несколько повышен показатель склонности к риску, причем он выше у девочек – 16 баллов, чем у мальчиков – 14, 5.

Не обсуждая все 12 параметров в рамках настоящего краткого пилотного сообщения, мы готовы утверждать, что применение данного опросника помогает как в своего рода скрининговой диагностике пациентов, так и в отношении формулировок и обоснований дальнейших рекомендаций по тренингам социальных навыков. нейропсихологической коррекции, изменении образовательного маршрута и т.п.

### **Резюме.**

Очевидно, что опыт применения опросника STQ-77 в амбулаторной практике клиничко-психологического консультирования показывает его адекватность как одного из инструментов амбулаторной диагностики. Он позволяет в сочетании с другими классическими средствами психологической диагностики (патопсихологическая и нейропсихологическая диагностика, другие психометрические методики) оказать помощь как специалистам (врачу – в дифференциальной диагностике. психологу – в определении структуры дефекта и разработке рекомендаций), так и родителям (получение квалифицированной оценки функциональной структуры темперамента с дополнительной психологической квалификацией и последующими рекомендациями).

Планируется увеличение выборки пациентов и работа в стационарном звене, а также сопоставление данных опросника STQ-77 с материалами других диагностических средств (оценка когнитивного, эмоционального, личностного и социального функционирования) для более обоснованных показаний к расширению применения опросника в клиничко-психологической диагностике детей и подростков.

## ДИНАМИКА ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

**Иванов М.В.<sup>1,2</sup>, Богачева О.И.<sup>2,3</sup>, Тараненко И.М.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва

<sup>2</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

<sup>3</sup> ГБОУ г. Москвы «Школа № 709»

В настоящее время большинство образовательных учреждений для детей работает в системе инклюзивного образования. Это означает, что дети, с нарушениями развития обучаясь в образовательном учреждении могут сталкиваться со многими трудностями, связанными с особенностями психического функционирования и др. Важной составляющей в обучении детей с нарушениями психического развития является коррекционно-развивающая работа, осуществляемая специалистами психологической службы образования. Одним из важных показателей оценки эффективности коррекционно-развивающей работы является динамика развития познавательных функций.

Известно, что развитие познавательной сферы у детей с нарушениями развития значительно отстаёт от детей с нормативным развитием, что проявляется во многих сферах психического функционирования, в частности, во внимании, памяти, мышлении и др.

*Цель исследования:* определение динамики познавательного развития детей с нарушениями интеллектуального развития, обучающихся в 1-3 классах московской средней общеобразовательной школы.

*Выборка и база исследования*

В исследовании приняли участие 25 детей в возрасте 7-8 лет, из них 11 с нарушениями интеллектуального развития (F80-83 по МКБ-10) (экспериментальная группа – ЭГ), 14 с нормативным развитием (контрольная группа – КГ).

Исследование проводилось на базе московской средней общеобразовательной школы № 709, в которой дети обучаются по адаптированным образовательным программам (7.1 и 7.2) и

представляло собой динамическое изучение состояния познавательного развития младших школьников с первого по третий класс. Все дети участвовали в исследовании с согласия родителей (законных представителей).

#### *Методика исследования*

Каждый ребенок дважды в год на протяжении трех лет проходил психологическое исследование познавательного развития (память, внимание, мышление). Исследование проходило в первой половине дня, в хорошо знакомом помещении для детей.

С целью определения уровня развития познавательных функций использовались следующие методики:

1. Запоминание 10 слов (по А.Р. Лурия);
2. Корректурная проба, буквенный вариант (тест Б. Бурдона);
3. Исключения четвертого лишнего, детский вариант (Н.Л. Белопольская);
4. Разрезные картинки (вариант Н.Я. Семаго, М.М. Семаго);
5. Установление последовательности событий (вариант Н.Я. Семаго, М.М. Семаго);
6. Кубики Никитина.

Для коррекционно-развивающей работы использовались следующие методики:

1. Система упражнений: развитие навыков учебной деятельности (Данилов И.В.),
2. Кубики Никитина
3. «Снежный ком» (Слухоречевая память)
4. «Запомни и воспроизведи»
5. Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у дошкольников (Н.М. Пылаева, Т.В. Ахутин)
6. Развиваем внимание с нейропсихологом (А.В. Сунцова, С.В. Курдюкова)

#### *Результаты исследования*

В исследовании при изучении слухоречевой памяти были получены следующие результаты. В начале первого класса была проведена вводная диагностика, которая показала, что у детей ЭГ мнестические способности находятся на низком уровне (среднее значение по методике «10 слов» при первом воспроизведении 3,7,

кривая запоминания имеет следующий вид: 3,7; 4,4; 5,3; 5,9; 5). По результатам вводной диагностики с детьми проводилась коррекционно-развивающая работа в игровой форме (методики «Снежный ком», «Запомни и воспроизведи»). К концу первого класса были достигнуты следующие результаты, прослеживаемые по кривой запоминания: 5,0; 6,0; 6,4; 7,6; 6,6. У всех детей ЭГ выявлена положительная динамика развития слухоречевой памяти, достигающая показателей сверстников из КГ. По итогам диагностики, проводимой в конце третьего класса была установлена устойчивая положительная динамика развития у большинства детей (70%), показатели слухоречевой памяти детей ЭГ превосходили показатели сверстников из КГ. Однако у небольшого количества детей (20%) не выявлена динамика или отмечено ухудшение состояния, что связывалось с нерегулярным посещением коррекционно-развивающих занятий и самостоятельной отменой медикаментозного лечения, назначенного врачами (психиатрами, неврологами).

Анализ результатов исследования уровня внимания показал, что у детей с нарушением интеллектуального развития все компоненты внимания (концентрация, переключение, распределение) находятся на низком уровне. Так, при выполнении буквенной корректурной пробы за каждую минуту дети в среднем совершали 3 ошибки. У детей ЭГ часто наблюдалось отсутствие правильной стратегии поиска знаков, так некоторые дети пытались вычеркивать только одну букву из предложенных двух, другие могли перескочить с первой строчки на середину листа и продолжать там. В случае, когда дети начинали вычеркивать только одну букву, тестирование останавливалось, и экспериментатор повторно объяснял инструкцию. После коррекционно-развивающей работы показатели внимания улучшались, количество ошибок уменьшалось, но количество просмотренных знаков незначительно увеличивалось.

Исследование мыслительной деятельности показало преобладание наглядно-действенного мышления у детей ЭГ, выявлены трудности аналитической и синтетической деятельности, а также недостаточность вербально-логического мышления. В связи с этим дети сталкиваются с большим количеством проблем в обучении, так при устном ответе им сложно грамотно и последовательно построить

свое высказывание, их рассуждения носят конкретный характер. Мышление детей с нарушением интеллектуального развития в большинстве случаев характеризуется тугоподвижностью. Для детей ЭГ оказывается недоступным перенос усвоенного способа действия на аналогичный материал. Например, запомнив результаты табличного умножения на уроках математики, дети затрудняются их использовать на других уроках, при решении аналогичных заданий, например, на занятиях по окружающему миру. Коррекционно-развивающие занятия дали положительные результаты к концу третьего класса. Ученики стали более последовательно и развернуто строить свой вербальный ответ. Большинству детей стало доступно установление причинно-следственных связей, улучшились аналитико-синтетические способности, но не достигли показателей сверстников из КГ.

Проведенное динамическое исследование познавательного развития показало, что у детей с нарушениями интеллектуальной сферы наблюдается положительная динамика в развитии, однако по ряду показателей не достигающее нормативных значений. Учет индивидуально-психологических особенностей детей с нарушениями интеллектуального развития позволяет создать оптимальную модель коррекционно-развивающей работы. Данная модель должна быть нацелена на достижение максимально возможных результатов в развитии познавательной и личностной сферы детей с нарушениями развития.

*Финансирование:* Работа выполнена в рамках гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых – МК-3619.2019.6.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РИСКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ДАННЫЕ ЗА 2017-2018 ГГ.)

**Иванов М.В.<sup>1</sup>, Симашкова Н.В.<sup>1</sup>, Козловская Г.В.<sup>1</sup>, Макушкин Е.В.<sup>2</sup>,  
Шарлай И.А.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научный центр психического здоровья», Москва

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и  
наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

<sup>3</sup> Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва

В России планомерно формируется национальная политика в области психического здоровья детей и подростков, активно развивается институт внештатных детских специалистов психиатров. Отмечается значимость проведения исследований по разработке мер, направленных на снижение числа инвалидов, вследствие психических заболеваний, путем предотвращения развития психических расстройств и нарушений развития начиная с детского возраста.

Многими отечественными исследователями отмечается необходимость создания системы ранней детской психиатрической помощи и введения первичного скрининга общей детской популяции на предмет выявления риска возникновения нарушений психического (психологического) развития.

### *Цель исследования*

Под эгидой Минздрава России в 2015 г. был запущен пилотный проект в трех крупнейших регионах России (Волгоградская, Новосибирская и Челябинская области), обследование было сфокусировано на выявление риска возникновения расстройств аутистического спектра (РАС) у детей в возрасте до 2 лет. В 2017 г. Минздравом России продолжена работа, запущен второй этап пилотного проекта в девяти крупнейших регионах (Волгоградская, Кировская, Московская, Новосибирская, Оренбургская, Тверская, Челябинская, Ярославская области и Ставропольский край). Целью проекта является скрининг (первичное выявление) детей раннего



возраста общей популяции в возрасте от 1,5 до 4 лет, имеющих риск возникновения нарушений психического развития разного генеза (эндогенного, органического, психогенного, включая донозологические состояния).

#### *Материал и методы*

Исследование проводилось в два этапа:

I этап – обследование проводилось методом сплошного эпидемиологического скрининга в учреждениях первичного звена здравоохранения, педиатрами с привлечением смежных специалистов (неврологи, клинические психологи), а также волонтеров (студенты-медики). Инструментом обследования являлась скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (35 вопросов, Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В.).

II этап – консультация врача-психиатра (клиническая диагностика по критериям МКБ-10).

Анкеты заполняли родители (или законные представители) детей в возрасте 18–48 месяцев жизни. Родители были вправе отказаться от анкетирования.

Родителям детей, которые по результатам анкетирования вошли в группы риска по возникновению нарушений психического развития, рекомендовали проходить профилактическую консультацию у врача-психиатра в динамике не реже 1 раза в 6 мес. (консультация осуществлялась на добровольной основе в соответствии с российским законодательством).

В соответствии с медицинскими стандартами в целях первичной верификации диагноза и определения дальнейшего маршрута ведения больного обследование детей раннего возраста (до четырех лет) должно проводиться щадящими методами в амбулаторных условиях, в ряде случаев допускается обследование ребенка в стационарных условиях, работающих по программе «мать-дитя».

#### *Результаты*

В 2017 году проанкетировано 329424 родителя детей в возрасте 18-48 месяцев жизни. По предварительным данным группу риска возникновения нарушений психического развития составило 51325 детей (15,5:10 000). Под риском возникновения нарушений психического

развития понимается донозологическое состояние, в полной мере не отвечающее клиническим критериям болезни. Данное состояние может длиться несколько лет и со временем перейти как в болезнь, так и в практическое здоровье.

Часть детей группы риска возникновения психической патологии на добровольной основе проконсультированы врачом-психиатром (23158 случаев). У 3585 детей (1,1:10 000) выявлены выраженные клинические нарушения, квалифицированные по МКБ-10 (F70-79; F80-83; F84; F90-98, а также F20.8xx3). В настоящее время исследование продолжается, производится обобщение данных по регионам за 2017-2018 гг.

По предварительным данным можно заключить, что с увеличением возрастного охвата детей общей популяции увеличилась группа риска, а также увеличилась и выявляемость клинически выраженных психических расстройств. Так, например, встречаемость РАС у детей в возрасте до 2 лет составляла 0,5:1000 (данные 2016 г.) [см. Иванов М.В. с соавт. // Журнал им. С.С. Корсакова. 2018. №5 (Спецвыпуск)], а в возрасте до 4 лет 1,8:1000 (данные 2017 г.).

Проведение скрининга детей раннего возраста общей популяции является перспективным направлением профилактической (донозологической) медицины, позволяющим выявлять начальные симптомы психической патологии и создавать возможность уже на ранних этапах определять детей группы риска и разрабатывать оптимальные алгоритмы мероприятий специализированной помощи, как психогигиенической, психопрофилактической, так и лечебно-коррекционной, что позволит своевременно принять меры для предотвращения развертывания заболевания или утяжеления психического состояния у ребенка. Для успешного воплощения данной инициативы необходимо продолжить и расширить психообразовательную работу среди профессионального медицинского сообщества и населения в целом, прежде всего среди родителей.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

**Иванова Т.И., Крахмалева О.Е., Мерсон О.В., Шарамкова М.А.**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области  
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»,  
г. Омск; [merson.olga@yandex.ru](mailto:merson.olga@yandex.ru)

Уровень суицидальной активности населения является одним из важнейших социально-демографических показателей, отражающим социальное неблагополучие общества. Особый драматизм ситуация суицида приобретает в детско-подростковом возрасте. В связи с этим разработка принципов организации помощи детям и подросткам в критических ситуациях является основой профилактики суицидов детского возраста. Нами был проведен анализ суицидальных действий среди детско-подросткового населения Омской области за период 2016-2018 годов. Омская область – крупный Российский регион с общей численностью населения на 2018 год 1,96 миллионов человек, среди которых 405,511тысяч детей и подростков.

Проведенный анализ количества завершенных суицидов, совершенных несовершеннолетними Омской области показал, рост суицидов в 2017 году (2017 год – 13 детей, в 2016 – 11 детей, 2018 – 11 детей), в большей степени за счет детей в возрасте от 0 – 14 лет (1,66 на 100 тыс. соответствующего населения). Проведя сравнения числа завершенных суицидов, выяснено что суицидальная активность в подростковом возрасте выше чем в детском, так в 2016 году отмечен детский завершенный суицид 1 (0,28 на 100 тыс населения) и 10 подростковых (18,83 на 100 тыс населения), в 2017 году 6 (1,66 на 100 тыс) и 7 (13,82 на 100 тыс) и в 2018 году 4 (1,13 на 100 тыс) и 7 (13,59 на 100 тыс) соответственно. При этом распространенность завершенного суицида среди подростков имеет тенденцию к снижению. Оценивая гендерную структуру завершенных суицидов, совершенных несовершеннолетними можно отметить, что за последние 3 года полностью поменялось соотношение мальчиков и девочек суицидентов. В 2016 году число суицидов, совершенных мальчиками почти в 2 раза превосходило аналогичный показатель у девочек (7 мальчиков и 4

девочки). В 2017 году разрыв показателей стал меньше, но еще сохранялся (8 и 5 соответственно). В 2018 году мы имеем обратное соотношение (4 мальчика и 7 девочек): число завершенных суицидов, совершенных девочками почти в 2 раза выше аналогичного показателя мальчиков.

Показатель суицидальных попыток, совершенных несовершеннолетними детьми, за последние 3 года находится примерно на одном уровне (в 2016 году 67 детей, в 2017 году 64 ребенка, в 2018 году 69 детей). В 2018 году показатель несколько увеличился, при этом рост отмечен в подростковой группе: в 2016 году 52 подростка (97,9 на 100 тыс), в 2017 году 49 (96,8 на 100 тыс), в 2018 году 55 (106,82 на 100 тыс) соответственно. В детской группе (от 0 – 14 лет) показатель несколько снизился: в 2016 году 15 детей (4,13 на 100 тыс), в 2017 году 15 (4,15 на 100 тыс), в 2018 году 14 (3,95 на 100 тыс) соответственно. Подростки совершают суицидальные попытки в 3,5 - 4 раза чаще, чем дети до 14 лет. Так в 2016 году совершено 15 детских суицидальных попыток (4,13 на 100 тыс) и 52 подростковых (97,9 на 100 тыс), в 2017 году 15 (4,15 на 100 тыс) и 49 (96,83 на 100 тыс), в 2018 году 14 (3,95 на 100 тыс) и 55 (106,82 на 100 тыс) соответственно. Девочки совершают суицидальные попытки в среднем в 5 раз чаще, чем мальчики. В 2016 году девочками совершено 60 суицидальных попыток, мальчиками 7, в 2017 году 52 и 12 попыток, в 2018 году 58 и 11 попыток соответственно.

Проведенный анализ суицидального поведения несовершеннолетних Омской области показал увеличение детского суицида в 2017 году. Возможно, сказалось воздействие суицидальных игр («Синий Кит», «Тихий дом», «f57», «f58», «Разбуди меня в 4:20», «1704») в сети интернет, склоняющих несовершеннолетних к суицидальному поведению. Данная тенденция актуализировала необходимость организации специализированных мер профилактики детско-подросткового несения, что реализовывалось усилием врачей Бюджетного учреждения здравоохранения «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солоникова». Психиатрическую помощь лицам, проживающим на территории Омской области, находящимся в кризисном состоянии, оказывают специалисты отделения «Телефон доверия» с кабинетом медико-социально-

психологической помощи, а также диспансерного отделения для детей и подростков. Отделение «Телефон доверия» представлено: круглосуточным телефоном экстренной медико-психологической помощи; дневным психологическим «Телефоном доверия»; 2 кабинетами медико-социально-психологической помощи. Для работы отделения выделены бесплатные трафики основными сотовыми операторами. При наличии выявленных в процессе телефонного консультирования проблем - родителям рекомендуется консультация врача-психиатра, психотерапевта или психолога ПДО для детей и подростков БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», а при угрозе суицида или попытке к нему, экстренная госпитализация в психиатрический стационар.

Разработанные мероприятия по профилактике суицидального включали следующие пункты

1. Регулярное чтение лекций по теме «Раннее выявление психических расстройств у детей», выпуск методических рекомендаций по раннему выявлению психических расстройств у детей для специалистов педиатрической сети, памяток для школьных психологов и социальных педагогов.

2. Систематические выступления по вопросам профилактики суицидального поведения у несовершеннолетних перед специалистами системы здравоохранения (в том числе в сельских районах), образования, а также среди родителей (на родительских собраниях в образовательных учреждениях).

3. Выступления на каналах омского телевиденья, по вопросам охраны психического здоровья детей.

4. В работе с молодежью и подростками использование интернет - ресурсов с возможностью выхода в социальные сети и онлайн - консультирования.

5. В рамках межведомственного взаимодействия специалисты БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» принимают участие в конференциях, круглых столах и семинарах на базе: «Центра профессиональной ориентации и психологической поддержки населения» – Министерство образования Омской области, «Центра социальной помощи семье и детям» – Министерство труда и социального развития Омской области,

«Омского областного центра социально-психологической помощи несовершеннолетним и молодежи» – Министерство молодежной политики, физической культуры и спорта Омской области.

6. Взаимодействие с инспекторами отделов по делам несовершеннолетних: выходят на заседания комиссий с выступлениями; в суицидоопасных ситуациях - решают вопросы оказания неотложной психиатрической помощи.

Кроме указанных мероприятий врачи психиатры принимали участие:

- в организации и проведении форума «Вместе с семьей и детьми», посвященного Десятилетию детства, во время которого распространяли листовки по антикризисной помощи детям и подросткам, проводили консультации по данной и другим темам, интересующим население;

- в заседании областной межведомственной комиссии по вопросам демографии, семьи, женщин и детей;

- в заседании Комиссии по делам несовершеннолетних при администрации города с докладом «Формирование компетентности специалистов, работающих с детьми в области проблем детского психического здоровья».

Таким образом, усилия врачей психиатров по профилактике детского суицида доказала свою эффективность, количество завершеного детского суицида в 2018 году снизилось, что подтверждают отчёты статистики. Учитывая полученный опыт можно рекомендовать использование данных разработок для профилактики детских суицидов.

# ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В КОГОРТЕ ЛИЦ 15-24-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

**Игумнов С.А.**

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ  
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и  
наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва  
lgumnov.s@serbsky.ru

**Целью** настоящего исследования является изучение предикторов формирования аддиктивного поведения (употребления с вредными последствиями «новых» психоактивных веществ) и разработка системы мер профилактики в подростково-молодежной когорте.

## **Задачи исследования:**

- 1) выявить предикторы формирования аддиктивного поведения (употребление с вредными последствиями «новых психоактивных веществ» – синтетических каннабиноидов, синтетических катинонов);
- 2) разработать практические рекомендации по профилактике аддиктивного поведения современной молодежи и его последствий.

## **Материал и методы.**

Проведены социально-демографические, биографические, экспериментально-психологические, клиничко-психопатологические исследования и изучены предикторные факторы формирования аддиктивного поведения в когорте лиц 15-24-летнего возраста. Дизайн проекта – мультицентровое аналитическое кроссекционное исследование с применением методов наблюдения и «случай-контроль».

Проведена рандомизация обследуемых лиц (150 человек в возрасте 15-24 лет) на 3 группы: основную (лица с наличием употребления с вредными последствиями «новых» ПАВ (синтетических каннабиноидов, синтетических катинонов)) (ОГ), группу сравнения (лица из группы риска по развитию «нехимических» форм зависимости (Интернет-аддикции) (ГС), и контрольную группу (представители молодежи, характеризующиеся нормативным поведением, не имеющие аддикций и девиантного поведения) (КГ).

Уточнены критерии включения и исключения (лица с психическими и поведенческими расстройствами психотического уровня; с выраженным органическим поражением ЦНС; с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения; с наличием алкогольной зависимости; отказавшиеся предоставить информированное согласие на проведение исследования).

Проведено экспериментально-психологическое исследование (во всех указанных группах) посредством адаптированных для русскоязычной популяции психодиагностических методик: опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса; методика «Диагностика потребности в поисках ощущений (М. Цукерман). Для описания особенностей клинической картины употребления ПАВ с вредными последствиями использовались исследовательские диагностические критерии V раздела (Психические и поведенческие расстройства, кластер F1) МКБ-10.

### **Результаты и обсуждение.**

Согласно полученным результатам исследования способов совладающего поведения, в категории «Поиск социальной поддержки» ОГ, ГС и КГ достоверно различны между собой (вероятность случайного сходства  $p = 0,036934$ , однофакторный дисперсионный анализ, критерий Тьюки, ошибка между MS = 279,13; df = 147,00), что свидетельствует о значимости поддержки социальным окружением в случае как возникновения зависимости от ПАВ, так и в процессе осуществления лечебно-профилактических и реабилитационных программ. Таким образом, респонденты основной группы имеют более ярко выраженную потребность в нахождении в группе и в получении обратной связи, в то время, как участники контрольной группы имеют тенденцию к автономности и готовности к принятию индивидуальных решений.

В категории «Диагностика потребности в поисках ощущений, общее количество баллов» ОГ и КГ достоверно различны между собой (вероятность случайного сходства  $p = 0,028773$ , однофакторный дисперсионный анализ, критерий Тьюки, ошибка между MS = 6,4812; df = 147,00), что может характеризовать респондентов из группы риска по аддикции как ищущих новые ощущения, готовых к неоправданным рискам и пр.



## **Выводы.**

1. Лица подросткового и молодого возраста (15-24 лет), склонные к аддиктивному поведению в форме злоупотребления «новыми» ПАВ, отличаются склонностью к уходу от реальности с помощью химического и нехимического аддиктивного агента и стойкой, сильной эмоциональной фиксации на воздействии, изменившем дискомфортное психическое состояние.

2. У данной категории лиц велика роль поддержки социальным окружением в случае как возникновения зависимости от «новых» ПАВ, так и в процессе осуществления лечебно-профилактических и реабилитационных программ.

3. Респонденты, употребляющие «новые» ПАВ с вредными последствиями, характеризуются как «искатели новых ощущений», готовые к неоправданным рискам, имеющие потребность в «испытании себя и своих возможностей», что приводит на поведенческом уровне к участию в рискованных авантюрах и мероприятиях.

Полученные и проанализированные материалы исследования явились базой для разработки комплексной программы профилактики и реабилитации при зависимости от «новых ПАВ» среди подростков и молодежи.

## **НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Калинина М.А., Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф., Иванов М.В.,  
Шимонова Г.Н.**

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научный центр психического здоровья», Москва  
kozgalina17@mail.ru

В последние несколько десятилетий активно развивается раздел возрастной психиатрии – микропсихиатрия, занимающийся изучением психического здоровья детей в период младенчества (от рождения до года), раннего (до 3 лет) и младшего дошкольного (до 5 лет включительно) возраста. Объективный рост распространенности психических нарушений невротического, аффективного круга и форпост

симптомов более тяжелых психических расстройств в населении всех возрастов диктует необходимость поиска новых подходов психиатрической помощи, начиная с ранних детских лет. Задачей специалистов, работающих в этой области, является выявление, нозологическое определение, лечение и профилактика психической патологии (Козловская Г.В., 2018).

По мнению ряда отечественных и зарубежных психиатров, особую важность данное направление имеет в ранний период жизни человека, так как именно в этом возрасте возможно своевременное вмешательство в психический дизонтогенез на ранних этапах и адекватная его коррекция.

Многолетний опыт психиатрической работы в этой области (более 30 лет) на базе ФГБНУ НЦПЗ, а также объемный клинический материал (более 10 тыс. наблюдений) позволили сформулировать некоторые основные положения ранней психиатрической помощи.

*Основные положения ранней психиатрической помощи.*

Первое – психотерапевтическая направленность помощи. Обязательным ее условием является – работа с семьей ребенка (родителями и прародителями). Обследование психического статуса и развития ребенка должно происходить в присутствии и с согласия родных с разъяснением сути наблюдаемых отклонений. Использование разнообразного психодиагностического инструментария, анкет для родителей, позволяет выявить особенности структуры психического развития ребенка. Данная работа проводится при тесном сотрудничестве с клиническим психологом. Важным является психологическое обследование состояния родительно-детских отношений (диады «мать-дитя» и триады «мать-дитя-отец»), с последующим определением плана психокоррекционной и психотерапевтической работы с участием всех членов семьи (Кремнева Л.Ф. с соавт., 2017).

Второе – работа психиатра в единстве с неврологом, поскольку ранняя психопатология проявляется в неразрывной связи этих двух дисциплин. Существует неврологическая основа, на базе которой развиваются психические нарушения – это вегетативные дисфункции, нелокализованные (мягкие) нестатические неврологические стигмы (нелокализованные неврологические знаки), как предикторы возможных

психических расстройств, наряду с рудиментарными резидуальными церебрально-органическими и процессуальными нарушениями в сочетании с эмоциональными, психомоторными, инстинктивными и другими отклонениями, представляют собой единую психоневрологическую общность (Шимонова Г.Н. с соавт., 2018 и др.).

Третье – профилактическая направленность ранней помощи, как одна из основных её задач. Реальность ранней профилактической интервенции обуславливается выявлением отклонений психического развития на донозологическом уровне (на уровне состояний риска или “pathos” в терминологии академика И.В. Давыдовского и академика А.В. Снежневского) или на начальных этапах патологии. Последнее позволяет своевременно начать психопрофилактику, в том числе, как наиболее эффективную – первичную (Иванов М.В. с соавт., 2014).

Четвертое – раннее начало абилитационных и реабилитационных (коррекционных) воздействий с помощью психологических, педагогических (дефектологических и логопедических) методических подходов. Необходимо активное привлечение к коррекционной работе родителей ребенка, обучение их взаимодействию с ребенком, простым приемам коррекции особенностей поведения ребенка в повседневной жизни.

Пятое – некоторые целесообразные правила ранних лечебно-профилактических мероприятий для детей первых лет жизни с психическими нарушениями:

- применение общеукрепляющего лечения и гармонизация быта ребенка (витаминотерапия, нормализация питания, сна, досуга, общения);
- лечебно-оздоровительная программа (физиотерапия, физкультурно-спортивные занятия, бассейн);
- лечебное (медикаментозное) воздействие целесообразно проводить в виде длительной терапии малыми дозами препаратов, либо курсов с небольшими перерывами в приеме средств. Последнее обеспечивает возможность быстрой отмены приема препаратов при подозрении о начавшихся осложнениях;
- в лечении детей из групп неспецифического и эндогенного риска, целесообразно сочетание стимулирующих медикаментов с седативными средствами, применение разрешенных

нейролептиков, антидепрессантов, также в малых терапевтических дозах (Козловская Г.В. с соавт., 2009).

Перечисленные наиболее важные положения в организации специализированной психиатрической помощи детям раннего возраста с психическими нарушениями, могут быть рекомендованы для амбулаторной практики в виде «кабинетов ранней помощи» (раннего возраста) в условиях работы психоневрологических диспансеров, педиатрических поликлиник.

## **ОЦЕНКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ С АЛАЛИЕЙ**

**Карнаухова Е.Н., Кабирова А.А., Баз Л.Л., Семенихина Н.В**  
ГБУЗ Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ., г. Москва.  
bazl@mail.ru

Алалия - стойкое недоразвитие речи. По данным авторов в популяции детей дошкольного возраста дети имеющие алалию составляет 1%, а среди детей школьников - 0,6—0,2%. Мальчики в два раза чаще страдают алалией, чем девочки. Выделяют разную степень тяжести алалий от простой словесной неловкости до полного отсутствия разговорной речи. Наличие алалий исследователи связывают с недостаточностью работы корковых структур мозга отвечающих за речь. Вероятно, для детей с алалиями характерны множественные поражения коры головного мозга обоих полушарий. Последние исследования показали, что существует вероятность дисфункции подкорковых структур левого полушария мозга у детей. Также у них встречается снижение кровотока в средней и передней мозговых артериях левого полушария, которые снабжают кровью подкорковые структуры левого полушария, что приводит к недостаточности кровоснабжения этих структур.

Этиология алалий включает ряд факторов: поражение ЦНС, соматические заболевания, наследственность. Обычно, у ребенка страдающего алалией одновременно присутствует в анамнезе несколько вредностей.

Алалия - системное недоразвитие речи, при котором нарушаются все компоненты речи: фонетико-фонематическая сторона, лексико-грамматический строй. Выделяют моторные, сенсорные и сенсо-моторную форму алалии. При моторной алалии ребенок испытывает трудности в порождении речевого высказывания. При сенсорной алалии ребенок плохо понимает обращенную речь вследствие недостаточности развития фонематического слуха. При сенсорно-моторной, самой тяжелой форме, ребенок и не понимает речь и плохо артикулирует. В большинстве случаев при своевременно начатой коррекционной работе и адекватном лечением все формы алалий могут быть скомпенсированы практически до нормы.

В нашем исследовании была поставлена задача провести оценку психопатологических состояний детей имеющих синдром алалии: сенсорной, моторной сенсо-моторной. Исследование проводилось на базе 8 отделения НПЦ ПЗДП ДЗМ им. Г.Е.Сухаревой. Профилем отделения являются диагностика и компенсация речевого дефекта и тех психопатологических расстройств, в рамках которых он возникает.

Выборка: в исследовании принимали участие все первичные пациенты, поступившие в отделение за последние три года с диагнозом алалия. В исследовательской группе было 33 ребенка: 23 мальчика (69,7%) и 10 девочек (30,30%) в возрасте от трех до 10 лет. Средний возраст детей 6,7 лет.

Методы исследования: клинико-психопатологические методы, неврологические, электрофизиологические - ЭЭГ. Проводилось психологическое обследование: изучалась развитие мышления ребенка: наглядно образного и словесно - логического, у детей старше 5 лет применялся тест на исследование интеллекта Векслера; проводилась логопедическая оценка состояния речи.

Результаты. Было найдено, что большинство детей имели диагнозы F84 Специфическое расстройство речевой артикуляции - 20 человек (60,61%). F 80 – Специфические расстройства развития речи и языка - 11 человек (33,33%), F70 Умственная отсталость легкой степени - 2 человека (6,06%).

В выборке наиболее представлена была моторная алалия 22 (66,67%) случая, 6 (18,18%) случаев – сенсомоторная алалия и 5

(15,15%) – сенсорная. Психологические исследования свидетельствовали о том, нормативный уровень психического развития был у 9 детей (27,27%). Пограничный уровень, задержка психического развития у 22 (66,67%) детей, и умственная отсталость, недоразвитие психических функций у двух детей (6,06%).

Выводы: На нашей выборке патология в виде алалий была почти в два раза больше у мальчиков, чем у девочек, что соответствует показателям по популяции. Наиболее представлены алалии в рамках F 84 и F 80. В двух третях случаев диагностировалась моторная форма алалии. Несмотря на сохранность предпосылок интеллекта у детей отмечались задержка психического развития, которая особенно ярко проявлялась к возрасту 6-7 лет.

Результаты анализа больных с алалиями по нашему отделению, позволяют предполагать, что существует определенная стратегия родительского поведения. Родители поздно обращают внимания на нарушение речи у детей, ждут, когда речь самостоятельно разовьется до уровня сверстников. Некоторые родители обращаются по поводу проблем с речью в поликлинику. Но в амбулаторно-поликлинической службе слабо поставлена логопедическая помощь, часто систематические логопедические занятия предлагаются детям после пяти лет. Родители вынуждены обращаться к логопедам частным образом. Не все логопеды достаточно квалифицированы. Зачастую этих детей не могут правильно диагностировать и рассматривают данное нарушение речи как задержку речевого развития. Однако задержка речевого развития с возрастом проходит без вмешательства специалиста, а алалия самостоятельно не исчезает. Имеются случаи, когда детям с алалией логопеды ставили звуки, что не давало положительной динамики в развитии речи в течение года и более.

Наши данные показывают, что родители в основной массе обращаются к психиатрам после 6 лет, когда начинают готовить ребенка к школе. К сожалению, это уже достаточно поздно, так как за год ребенку нереально пройти все этапы развития речи, так как коррекция алалий это системные длительные занятия, и ко времени поступления в школу процесс не будет завершен. Недоразвитие речи приводит к вторичной задержке психического развития ребенка и, если

апатия не будет преодолена или компенсирована, то уже к 7 годам формируется недоразвитие словесно-логического мышления. У ребенка выявляется неготовность к школе, вследствие чего он оформляется в классы с коррекционной программой. Своевременное обращение к специалистам позволяет достичь хороших результатов, и дети могут обучаться в массовой школе по общеобразовательной программе.

## **ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

**Кещян К.Л.**

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

[carina17@yandex.ru](mailto:carina17@yandex.ru)

*Цель исследования:* изучить личностно-психологические, психопатологические, клинические характеристики несовершеннолетних пациентов (младше 18-ти лет), совершивших аутоагрессивные действия, находившихся на лечении в детско-подростковом отделении Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского в период с февраля по октябрь 2019 года.

*Материалы и методы:* в исследовании были использованы клиничко-анамнестический и клиничко-психопатологический методы. В группу изучения вошли 44 подростка, в возрасте от 13 до 18 лет (девочек 34 и 10 мальчиков), поступивших на лечение в детско – подростковое отделение и у которых в результате обследования были выявлены суицидальные мысли, самоповреждающее поведение.

Критериями исключения стали пациенты младше 13 –ти лет.

*Результаты оригинального исследования.*

В одномоментном обсервационном исследовании было установлено, что на формирование аутоагрессивного поведения подростков, оказало влияние наличие депрессивного фона настроения, незрелость эмоционально – волевой сферы, личностные – психологические и другие психопатологические расстройства.

По возрасту пациенты распределились таким образом: от 13 до 15 лет – 22 человека, от 15-16 лет- 10 человек, 16 - 18 лет- 12 человек.

Распределение пациентов, совершивших аутоагрессивные действия, госпитализированных в отделение в возрасте от 13-ти лет и старше, с психиатрическим диагнозом, произошло таким образом: «Органическое эмоционально – лабильное расстройство личности и поведения смешанного генеза (перинатального, раннего, травматического)» - 8 человек F 06.68, «Депрессивный эпизод средней степени тяжести» - 20 человек, «Шизотипическое личностное расстройство» 11 человек F 21.8, «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» F 23.1 – 5 человека. Распределение пациентов в зависимости от локализации травмы и механизма самоповреждения представлено в таблице 2.

Самоповреждающее поведение большинства пациентов (26 человек - 58,8 %), выразилось в нанесении колото-резаных ранений различных участков тела, часть из них подростки с диагнозом «Депрессивный эпизод средней степени тяжести», а также подростки с «Шизотипическим расстройством личности». Более тяжелые самоповреждения такие как, прием больших доз алкоголя и прием лекарственных препаратов с целью отравления, самоповреждения путем нанесения ожогов, также были характерны для группы с «Депрессивным расстройством средней степени тяжести» и группы пациентов с «Шизотипическим расстройством личности» (11 пациентов – 25,1 %), сведения о них были получены при сборе анамнеза. В группе пациентов с диагнозом «Острое полиморфное психотическое расстройство» отмечено, что нанесенные ранения были наиболее глубокими, множественными. Практически для всех пациентов были характерны укусы различных участков тела, для многих травмирование губ и ногтевых фаланг носило систематический характер, в группе подростков с диагнозом «Депрессивный эпизод средней степени» их было наибольшее количество (6 человек – 15,9 %), не вошли в эту группу те подростки, у которых имелись другие множественные самоповреждения.



## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ

**Киржанова В.В.**

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ  
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и  
наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России  
kirzhanova.v@serbsky.ru

Социологические и эпидемиологические исследования, посвященные мониторингу наркологической ситуации среди детей, подростков и молодежи в Российской Федерации (РФ), указывают на изменение моделей алко- и наркопотребления в детско-молодежных возрастных группах и на уменьшение доли так называемых «проблемных потребителей» алкоголя и наркотиков. Анализ данных федерального статистического наблюдения является неотъемлемой частью мониторинга наркоситуации среди детского населения и характеризует основные тенденции изменения алко- и наркоситуации. При этом региональные различия отражают особенности наркологической ситуации в отдельных регионах.

**Цель исследования.** Выявить основные тенденции первичной заболеваемости (обращаемости) за наркологической помощью населения в возрасте 15-17 лет включительно в субъектах РФ по основным группам психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ в 2013-2018 гг.

**Материалы и методы исследования.** Используются данные федерального статистического наблюдения о числе пациентов в возрасте 15-17 лет, обратившихся в наркологические и психиатрические учреждения за наркологической помощью впервые в жизни. Осуществлен расчет интенсивных показателей и сформированы динамические ряды первичной заболеваемости наркологическими расстройствами у подростков за период с 2013 по 2018 гг. В работе применены методы: расчет среднегодовых показателей, анализ уровней показателей в регионах РФ, расчет темпов роста и прироста. Расчет темпов прироста показателей в РФ и ее регионах осуществлялся за последние 5 лет. Прирост показателей по Респ. Крым

и г. Севастополь рассчитывался по отношению к 2014 г., т.е. с момента присоединения Крыма. Распределение регионов РФ по уровням первичной заболеваемости (высокий, средний, низкий) осуществлен на основе расчета среднегодовых показателей и стандартного отклонения. Анализ распределения регионов РФ по уровню первичной заболеваемости (обращаемости) подростков проведен как по всем наркологическим заболеваниям (по МКБ-10 – F10-F19), так и по трем укрупненным диагностическим группам 1) алкогольные расстройства, включая синдром зависимости от алкоголя, алкогольные психозы, пагубное употребление алкоголя; 2) психические расстройства, связанные с употреблением наркотиков, включая синдром зависимости и пагубное употребление наркотиков; 3) психические расстройства, связанные с употреблением ненаркотических ПАВ, включая синдром зависимости и пагубное употребление ненаркотических ПАВ.

**Результаты.** Ранее установлено, что в целом по стране на протяжении последних лет наблюдается снижение первичной заболеваемости наркологическими расстройствами среди детей и подростков. Анализ изменения темпов прироста и уровней первичной заболеваемости (обращаемости) по **всем наркологическим расстройствам (F10-F19)** выявил следующее. В целом по стране уровень первичной заболеваемости сократился с 640,2 на 100 тыс. подр. в 2013 г. до 480,5 в 2018 г., или в 1,3 раза. Снижение показателей отмечалось в 75 регионах (89% от общего их числа), при этом в 45 регионах (53%) показатели снизились более, чем в 2 раза. Однако в 6 субъектах РФ наблюдался положительный прирост показателей: по сравнению с исходным уровнем показатели возросли в г. Севастополь с 22,4 до 142,4 на 100 тыс. подростков, или в 6,4 раза; в Еврейской АО – в 5,2 раза; в Р. Тыва – в 3,7 раза; в значительно меньшей степени увеличились показатели в Приморском крае, Чукотском АО и Р.Крым. В Ингушской республике в течение рассматриваемого периода пациенты в возрасте 15-17 лет не были зарегистрированы, что связано с крайне низким уровнем развития наркологической службы в этом регионе. За период с 2013 по 2018 г. число регионов с высоким уровнем заболеваемости наркологическими расстройствами (850 подростков на 100 тыс. нас.) сократился с 25 до 2 (Курганская – 1851,8 и Воронежская область – 1162,3 на 100 тыс. подр.). Число регионов со средним

уровнем (850-160 чел. на 100 тыс. подр.) увеличилось с 49 до 55, а с низким уровнем (менее 160 на 100 тыс. подр.) увеличилось с 8 до 26. Таким образом, уменьшение первичной обращаемости подростков за наркологической помощью привело к сокращению числа регионов с высоким уровнем показателей.

Следует отметить, что после введения в действие с 2015 г. Порядка наркологической помощи (Приказ МЗ РФ от 30.12.2015 N 1034н), темпы снижения показателей возросли как по стране в целом, так и в большинстве субъектов РФ. Так, темп снижения показателя по РФ за период с 2013 по 2015 гг. составил 15,2%, а за следующий период (с 2016 по 2018 гг.) – уже 35,4%.

**Алкогольные расстройства** являются преобладающей патологией как среди всего населения РФ, так и среди подростков, при этом показатель первичной заболеваемости у подростков сократился с 521,3 на 100 тыс. подр. в 2013 г. до 228,5 в 2018 г., или в 2,3 раза. Число субъектов РФ, имеющих высокий уровень показателя (700 и более на 100 тыс. подр.) в 2013 г. составило 19, к 2018 г. оно сократилось до 2 (Курганская и Воронежская области). Число регионов со средним уровнем (100-700 на 100 тыс. подр.) практически не изменилось (составило соответственно 56 и 55), с низким уровнем (менее 100 на 100 тыс. подр.), напротив, увеличилось с 7 до 23. Более чем на 90% сократились показатели в регионах с разным исходным уровнем первичной заболеваемости: так, в Москве и Пензенской области, имевших в 2013 г. высокий уровень заболеваемости, показатели сократились более, чем в 10 раз, достигнув в 2018 г. низкого уровня; в тоже время многократное снижение произошло в регионах со средним и низким исходным уровнем (например, Респ. Дагестан, Чеченская, Карачаево-Черкессия, Северная Осетия, Калмыкия, Карелия). Таким образом, снижение показателей первичной обращаемости затронуло регионы не только с высоким исходным уровнем, но и регионы со средним и низким уровнем алкогольных расстройств. Наряду с этим, в анализируемый период продолжился рост показателей в Забайкальском и Приморском краях, а также в Чукотском АО.

Первичная обращаемость подростков наркологическими расстройствами, **связанными с употреблением наркотиков**, в целом по стране в анализируемый период сократился со 109,3 на 100 тыс.

подр. в 2013 г. до 49,0 в 2018 г., или в 2,2 раза. Число регионов с высоким уровнем (150 и более на 100 тыс. подр.) сократилось в изучаемый период с 19 до 3. В 2018 г. высокий уровень показателя сохранился в Респ. Тыва (268,4), Забайкальском крае (179,0) и Амурской обл. (202,7). Снижение показателей наблюдалось в 67 регионах. Однако в 9 субъектах РФ выявлена тенденция к росту этого показателя. Так, показатели проявили заметную тенденцию к увеличению в Ивановской, Орловской, Мурманской и Ростовской областях, г. Севастополь, Республиках Марий Эл, Мордовия, Тыва, а также в Камчатском крае.

Первичная заболеваемость подростков наркологическими расстройствами, **связанными с употреблением ненаркотических ПАВ** (ингалянтами и т.п.), в РФ в рассматриваемый период также сократилась с 57,5 до 22,2 на 100 тыс. подр., или в 2,6 раза. Число регионов, имеющих высокий уровень показателя (80 на 100 тыс. подр.) уменьшилось с 19 в 2013 г. до 6 в 2018 г. Несколько возросло число субъектов РФ, имеющих средний уровень первичной заболеваемости – с 56 до 60. Наряду с этим увеличилось число регионов, в которых наблюдался низкий уровень показателей (менее 5 на 100 тыс. подр.) – с 2 до 5, а также регионов, в которых таких состояний не было диагностировано (с 6 до 14). Наряду с общей тенденцией снижения первичной обращаемости пациентов с данной группой заболеваний в ряде регионов наблюдался рост показателей: так, на 20% и более возросли показатели в следующих субъектах РФ – Респ. Татарстан, Ставропольский, Камчатский, Хабаровский, Забайкальский края, Тюменская и Иркутская области, Ханты-Мансийский и Чукотский АО.

**Обсуждение и выводы.** Основной тенденцией первичной заболеваемости в 2013-2018 гг. в регионах РФ является снижение обращаемости подросткового населения по всем трем основным группам наркологических расстройств. Выявленная тенденция, по нашему мнению, оказалась результатом воздействия следующих основных факторов. Во-первых, в последнее десятилетие в стране проводится работа по первичной профилактике употребления алкоголя и наркотиков среди детей и молодежи, что не могло не оказать своего влияния на снижение первичной обращаемости подросткового населения за наркологической помощью. О снижении

распространенности употребления алкоголя и наркотиков в детских и молодежных возрастных группах населения также свидетельствуют социологические и эпидемиологические исследования (ESPAD, 1999-2011; HBSC, 2009/2010 г. и 2013/2014 г.; Скворцова Е.С., 2018). Во-вторых, не следует исключать влияния на показатели первичной обращаемости организационных факторов. Так, после вступления в действие Порядка оказания наркологической помощи в 2015 г. (Приказ МЗ РФ от 30.12.2015 N 1034н), темпы снижения показателей существенно возросли, как по стране в целом, так и в отдельных ее регионах.

Следует отметить, что в отдельных субъектах РФ, вопреки общей тенденции к снижению показателей, наблюдается их рост по отдельным диагностическим группам. Выявленные региональные особенности целесообразно учитывать при формировании региональных профилактических программ для детско-подросткового населения.

## **ОБЩИННЫЕ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – РЕФОРМА СИСТЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В МОЛДОВЕ**

**Жана Кихай**, д.м.н. доцент, Кафедра Психиатрии, Наркологии и Медицинской Психологии, Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану, Кишинев, Республика Молдова, [jana.chihai@usmf.md](mailto:jana.chihai@usmf.md)

**Сильвия Герасим**, главный консультант, Управления политик в области первичной, экстренной медицинской службы и общинных услуг.

**Виктория Кондрат**, менеджер проекта "MENSANA – Поддержка реформы служб психического здоровья в Молдове".

Система психического здоровья в Республике Молдова была ориентирована в основном на больницы и стационарные услуги. В 2013 году Правительство Республики Молдова инициировало реформирование существующей политики и систему оказания услуг в области психического здоровья, посредством изменения вектора с больничных услуг на общинные службы. Проект "MENSANA – Поддержка реформы служб психического здоровья в Молдове",

финансируемый Агентством Швейцарии по Развитию и Сотрудничеству и реализуемый Институтом Психического Здоровья и терапии зависимости TRIMBOS, осуществляется в соответствии с задачами определенными Министерством Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты Республики Молдова (МЗТСЗ).

Вмешательства, осуществляемые в рамках проекта MENSANA, способствуют созданию отделений неотложной психиатрической помощи в районных больницах общего профиля, в соответствии с планами МЗТСЗ по регионализации больниц и проводимой реформой служб первичной медицинской помощи. В части предоставления услуг, усилия проекта направлены на укрепление и расширение сети служб охраны психического здоровья, способных оказывать всестороннюю поддержку лицам с проблемами психического здоровья. Таким образом, начиная с 2014 году (I этап проекта MENSANA), была разработана и внедрена общинная модель оказания помощи, цель которой является сокращение случаев госпитализации на национальном уровне и увеличение числа амбулаторных услуг, включая лечение и помощь на дому, с привлечением социальных работников. За последние четыре года проект сосредоточил свои усилия на реформировании модели предоставления услуг в четырех пилотных районах страны, включая соответствующие службы первичной медицинской помощи, общинные центры психического здоровья (ОЦПЗ), районные больницы общего профиля и республиканские психиатрические больницы. В четырех пилотных районах службы психического здоровья были интегрированы в систему первичной медицинской помощи на местах.

Проект "Поддержка реформы служб психического здоровья в Молдове" (MENSANA) создал платформу, которая позволяет продвигать реформы служб психического здоровья в Республике Молдова. Первый этап проекта начался в контексте, в котором все службы психического здоровья были сосредоточены в больницах, без наличия альтернативных служб общинного типа. В 2014 году в рамках проекта была запущена модель оказания помощи на общинном уровне, с целью сокращения количества госпитализаций на национальном уровне и увеличения числа амбулаторных случаев, включая лечение на дому. За последние четыре года проект сосредоточил свои усилия на реформировании предоставления услуг в четырех пилотных районах,

ориентированных на первичную медицинскую помощь, общинные центры психического здоровья, региональные больницы и психиатрические больницы.

Психическое здоровье является приоритетом политической повестки дня в рамках Национальной Программы психического здоровья на 2017–2021 годы, цель которой соответствует целям проекта. После того как проект начал пилотировать общинную модель услуг в области психического здоровья, на уровне сообщества в четырех районах, МЗТСЗ расширило сеть ОЦПЗ по всей стране, финансируемы Национальной Компанией Медицинского Страхования, услуги для населения являются бесплатными.

Персонал ОЦПЗ, пилотируемых в рамках проекта, был обучен для оказания услуг по уходу за лицами с психическими расстройствами. Это привело к значительному сокращению занятости койко-мест, количества обращений и продолжительности пребывания в психиатрических больницах пациентов из 4 пилотируемых районов. С годами улучшилась координация с психиатрическими больницами и ПМСП, что привело к увеличению числа обращений за амбулаторной помощью в ОЦПЗ.

Проект внес вклад в пересмотр нормативно-правовой базы в области охраны психического здоровья, как например внесение изменений в Закон о психическом здоровье, регламентацию деятельности и стандартов качества услуг ОЦПЗ. Проект активно участвует в действиях, предпринимаемых МЗТСЗ по улучшению управления и результативности служб психического здоровья, посредством решения задач по повышению эффективности, определяя роли и обязанности всех заинтересованных сторон, в том числе разграничении зон ответственности. Была разработана и опробована в 4 пилотных районах система управления качества услуг предоставляемых ОЦПЗ на уровне сообщества (установлены стандарты и показатели качества и эффективности). Проект так же способствовал разработке инструментов по сбору данных от служб здравоохранения.

Были разработаны действенные и эффективные инструменты, которые используются для предоставления пользователям услуг и их семьям адекватной информации о правах, стандартах ухода и

вариантах лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами. Стратегия коммуникации и поддержки, а также план действий по снижению стигматизации и дискриминации лиц с психическими расстройствами были разработаны и реализованы для обеспечения беспристрастного и инклюзивного доступа к услугам, соблюдая так же гендерные аспекты.

В целях продвижения ключевых идей и целей проводимой реформы, в 2016-2017 годах при всесторонней поддержке проекта были организованы и проведены 5 национальных политических диалогов, в которых приняли участие около 800 представителей заинтересованных сторон принимающих решения на региональном и национальном уровне. Усилия по консолидации обучения сегодняшних и будущих поколений специалистов в области психического здоровья, включая семейных врачей, были направлены на пересмотр и разработку учебных программ в образовательных учреждениях страны. Таким образом, в учебные программы для резидентов по специальности психиатрия и наркология, были включены модули по общинной психиатрии и психическому здоровью, а так же программа по медицинской психологии для психологов общего профиля. Проект MENSANA также предложил обучающие модули по психическому здоровью для непрерывного медицинского обучения, разработала национальные клинические протоколы, основанные на доказательствах. В образовательных программах непрерывного медицинского обучения медицинских и немедицинских специалистов, работающих в области психического здоровья (психиатры, клинические психологи, семейные врачи, социальные работники) были введены изменения, в соответствии с новой моделью медицинского ухода.

Другим результатом проекта стало участие членов сообщества из 4 пилотных районов в поддержке реинтеграции лиц с проблемами психического здоровья в сообщество. На протяжении последнего года проект оказывал поддержку по сотрудничеству между секторами социальной защиты и здравоохранения в 4 пилотных районах. Социальные работники из ОЦПЗ регулярно встречаются с представителями социального сектора для обсуждения и решения сложных случаев в сообществе. Команда проекта совместно с представителями МЗТСЗ организовали, в 2017 году, семинары в



каждом из пилотных районов с участием представителей органов местного самоуправления и других ключевых заинтересованных сторон в сообществе, с целью установления межсекториального сотрудничества для успешной реализации реформы системы психического здоровья.

Система психического здоровья сталкивается с серьезными проблемами, учитывая тот факт, что услуги в области здравоохранения и социальная защиты все еще недостаточно интегрированы. Система коммуникации между ОЦПЗ и госпитальными службами, остаются недостаточно координированы, что приводит к нарушению непрерывности услуг. Принимая во внимание вышеупомянутые ограничения, на II этапе (2018-2022 гг.) цели и задачи проекта ориентированы на дальнейшее расширение доступа к использованию общинных услуг психического здоровья и образовательным программам в области здоровья, путем их расширения на национальном уровне.

## **НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

**Клинова М.А., Сахаров А.В.**

Читинская государственная медицинская академия, Чита  
sawt@list.ru

Противоправное поведение несовершеннолетних является актуальной и значимой социальной проблемой современного общества, наиболее остро стоящей в регионах Сибири и Дальнего Востока. При этом делинквентное поведение подростков характеризуется как усилением агрессивно-насильственного характера преступлений с вовлеченностью несовершеннолетних в криминальную субкультуру, так и высокими показателями наркотизации и алкоголизации среди представителей данной возрастной группы. При этом многие авторы указывают на взаимосвязь между злоупотреблением психоактивными веществами и криминальным поведением.

Забайкальский край в последнее десятилетие занимает одно из лидирующих мест в России по уровню подростковой преступности и количеству подростков-правонарушителей. Региональной особенностью следует считать и высокую частоту наркологических расстройств среди несовершеннолетних.

**Цель исследования:** изучение частоты и основных клинико-эпидемиологических характеристик наркологических расстройств у подростков Забайкальского края, совершивших противоправные действия.

**Материалы и методы.** В исследовании основную группу составили 198 подростков-правонарушителей (в возрасте от 15 до 17 лет), прошедших амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу на базе Краевой клинической психиатрической больницы имени В.Х. Кандинского в течение 2018 года. На основании заключений амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз были выделены три подгруппы несовершеннолетних правонарушителей. Первую подгруппу составили подростки, совершившие преступления против личности в количестве 22 (ст. 105, ст. 111, ст. 115 и ст. 131-132 Уголовного кодекса РФ). Большинство этих преступлений относились к категории тяжких и особо тяжких правонарушений. Вторую подгруппу образовали подростки, совершившие преступления против собственности (ст. 158, 161-163, 166-167 Уголовного кодекса РФ), в количестве 160. К третьей подгруппе отнесены подэкспертные с преступлениями против здоровья (ст. 228 Уголовного кодекса РФ) – 11 человек. 5 несовершеннолетних совершили преступления по другим статьям Уголовного кодекса.

Для проведения исследования разработаны специальные анкета и карта, предназначенные для сбора материала. В карте были формализованы вопросы для уточнения подробного наркологического анамнеза обследованных несовершеннолетних лиц с учетом анкеты-опросника для выявления алкогольных проблем Л.Т. Морозова. Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F 10.2), употребления алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) и употребления наркотиков с вредными последствиями (F 12.1 и F 15.1) использовались критерии МКБ-10.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel и

стандартного пакета программ «Statistica 10.0». Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных.

**Результаты.** В проведенном исследовании выявлена довольно высокая частота аддиктивного поведения у подростков-правонарушителей Забайкальского края: курят 86,4 % всех обследованных, имеют опыт употребления наркотиков – 13,1 % (злоупотребляют ими – 5,1 %); злоупотребляют алкоголем – 11,1 %. При этом наркологические расстройства у несовершеннолетних в большинстве случаев не выявляются в процессе проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, хотя минимум у каждого десятого они являются коморбидными основному психическому заболеванию.

Стоит отметить, что по результатам исследования в подгруппах подростков, совершивших разные виды противоправных деяний, имеются особенности в частоте наркологических расстройств. Так, среди представителей подгруппы с преступлениями против личности были высоко представлены алкогольные расстройства, и совсем не встречалось потребление наркотиков: каждый второй подросток находился в алкогольном опьянении в момент совершения преступления, у 22,7 % выявлено употребление алкоголя с вредными последствиями. В подгруппе с имущественными правонарушениями злоупотребляют алкоголем 10,0 % и употребляют наркотики с вредными последствиями 1,3 %; в алкогольном опьянении в момент преступления было только 5,0 % обследованных лиц. Следовательно, употребление подростками с психическими расстройствами спиртных напитков повышает риск совершения агрессивных противоправных деяний. У несовершеннолетних, привлеченных к уголовной ответственности за преступления против здоровья (ст. 228 УК РФ), не было зарегистрировано случаев пагубного употребления алкоголя и алкогольного опьянения на момент совершения преступления, зато у 72,7 % установлено употребление наркотиков с вредными последствиями и состояние наркотического опьянения (вызванного каннабиноидами и синтетическими стимуляторами).

**Заключение.** Представленная достаточно неблагоприятная

ситуация в Забайкальском крае по уровню подростковой преступности и высокой встречаемости наркологических расстройств среди несовершеннолетних вызвана, на наш взгляд, как макросоциальными факторами в виде низкого уровня и качества жизни в регионе (что стало основой для широкого распространения в свое время криминальной субкультуры с вовлечением в нее несовершеннолетних), так и сложными микросоциальными условиями, в которых происходит становление личности подростков-правонарушителей. К последним следует отнести злоупотребление алкоголем родителями (минимум у каждого второго), которые не занимаются должным образом воспитанием и содержанием детей. Дети в результате проживают в неблагополучных семьях с низким материальным достатком, легко вовлекаются в асоциальные и криминальные компании.

Полученные результаты настоящего исследования должны учитываться при организации дифференцированной профилактической и лечебно-реабилитационной работы, в экспертной деятельности с подростками, склонными к совершению противоправных действий или уже совершившими их с учетом частоты и структуры аддиктивного поведения, нередко коморбидного другим имеющимся психическим нарушениям.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДЕТСКОМ АУТИЗМЕ, КОМОРБИДНОМ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ**

**Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

[koval-zaitsev@mail.ru](mailto:koval-zaitsev@mail.ru)

Расстройства аутистического спектра (РАС) в детском возрасте являются одной из актуальнейших проблем современной психиатрии в связи с их высокой распространенностью [62:10 000 детского населения, ГА ВОЗ, 2014 год], трудностями диагностики, а также недостаточной изученностью патогенетических механизмов развития этих состояний. Детский аутизм (ДА) – F84.02 занимает ключевую позицию в типологии РАС, что обуславливает актуальность клинико-

патопсихологической диагностики ДА, изучение его трансформации и коморбидности с гиперкинетическим расстройством (DSM-V, 2013). Коморбидность при РАС — скорее, правило, чем исключение, и она может варьировать в диапазоне симптомов дефицита внимания с гиперактивностью, поведенческих расстройств, тиков, тревоги, компульсивного расстройства, депрессии. В свою очередь, гиперкинетические расстройства входят в круг сложных, нерешенных, актуальных проблем неврологии, психиатрии в связи с их высокой распространенностью среди детского населения в связи с высокой распространенностью (3-7 %), недостаточной изученностью патогенетических механизмов, гетерогенностью, социальной значимостью. Сопутствующее гиперкинетическое расстройство – одно из самых частых коморбидных состояний у пациентов с ДА, встречается в 20-50% случаев в эпидемиологических исследованиях и в 30-80% – в клинических. Объединенная по феноменологическому принципу, на основе качественных описательных характеристик (нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность), эта группа расстройств не имеет четко определенных границ, отмечается при нозологически разных заболеваниях, маскируя основную психопатологическую симптоматику. Двойной диагноз невозможен по классификации МКБ-10 (1994), но в DSM-V(2013) данный подход изменен, допускается коморбидность СДВГ с РАС. Лечение коморбидных нарушений приводит к улучшению возможностей терапии больных с РАС. Обе группы расстройств нуждаются в разработке мультидисциплинарных подходов к диагностике и реабилитации, стандартов оказания помощи, способствуют профилактике и реабилитации инвалидизации.

В ФГБНУ НЦПЗ было проведено обследование 102 пациентов с инфантильным психозом (ИП) при ДА с гиперкинетическим синдромом (ГС) показывает видимые отличия, как от здоровых сверстников, так и от детей с СДВГ(F90.0). Глубина аутизма определялась с помощью количественной шкалы оценки выраженности детского аутизма — CARS [Shopler E. et al., 1988] Шкала CARS является диагностической и применяется для выявления детей с РАС и дифференциации их от детей, страдающих другими нарушениями развития. Оценка основывается на анализе 15 аспектов поведения: «общение»

(отношения с окружающими)», «подражание», «эмоциональный ответ», «моторика, координация движения», «игра (использование предметов)», «адаптация к изменениям», «зрительный контакт», «реакция на слуховые раздражители», «вкус, обоняние и осязание», «страх и тревожность», «вербальная коммуникация», «невербальная коммуникация», «уровень активности», «уровень и постоянство интеллектуальных ответов», «общее впечатление».

Каждый из 15 параметров имеет 4-бальную оценку. Итоговая оценка в диапазоне от 15 до 29 баллов соответствует отсутствию аутизма, 30-36 баллов – легкому/умеренно выраженному аутизму, 37-60 баллов – тяжелому. Оказалось, что в психозе итоговая оценка в среднем 37,2 балла (нижняя граница тяжелого аутизма), а в ремиссии — итоговая оценка достоверно уменьшается (32,8 балла).

Помимо количественной оценки выраженности детского аутизма CARS в исследовании была применена шкала PEP (Psychoeducational Profile) [Shopler E., Reichler R. et al., 1979, 1987, 1995, 2000] – которая предназначена для комплексной оценки психического возраста, когнитивных функций и выраженности аутизма дошкольников с расстройствами аутистического спектра, умственным недоразвитием по 12 субшкалам. Шкала PEP включает тесты по 7 когнитивным сферам и параметрам психической деятельности ребенка: «подражание», «восприятие», «тонкая моторика», «крупная моторика», «зрительно-двигательная координация», «исполнительные когнитивные функции», «вербальные когнитивные функции». Наряду с указанной оценкой, PEP позволяет оценить выраженность аутистических расстройств по 5 аутистическим сферам: «аффект», «взаимоотношения», «использование материала», «сенсорные модели», «речь».

По шкале PEP была обнаружена положительная динамика когнитивных функций (в среднем с 49 до 57,7 балла) и аутистических проявлений (в среднем с 16,5 до 22,7 балла) у больных ИП в процессе реабилитации в ремиссии отмечалось улучшение когнитивных функций по всем субшкалам PEP на 15-30%. Исключение составляли сферы мелкой моторики и зрительно-двигательной координации, что, по-видимому, связано с нажитыми моторными нарушениями в форме гиперкинетического синдрома. Выраженность аутистических проявлений уменьшалась на 20-55%.

Гиперкинетический синдром при детском аутизме имеет патопсихологические маркеры в виде когнитивного дизонтогенеза, о чем свидетельствуют данные полученные при использовании комплекса патопсихологических методик (Фигуры Липера, идентификация формы, малая предметная классификация, конструирование объекта, рисунок себя). Когнитивное развитие детей с РАС отличается от нормы, имеется своеобразие, проявляющееся как когнитивный дизонтогенез, который проявляется в сочетании опережения, нормативного и задержанного уровня развития когнитивной сферы. В процессе патопсихологического обследования у детей с РАС были выделены различные профили (виды когнитивного дизонтогенеза). Каждому из выделенных видов когнитивного дизонтогенеза соответствует свой уровень глубины проявлений аутизма: (легкий и умеренный уровни для искаженного вида когнитивного дизонтогенеза; тяжелый уровень для дефицитарного вида когнитивного дизонтогенеза). Использование методик, направленных на оценку произвольного и непроизвольного внимания дает дополнительные данные для диагностики РАС и СДВГ.

Мультидисциплинарный подход, реализованный в данном исследовании, позволяет эффективно осуществлять клинко-патопсихологическую диагностику ДА, что в дальнейшем дает возможность применять персонализированную абилитацию детей с РАС и СДВГ.

## **ВКЛАД ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ В ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ**

**Козлова Е.А., Слободская Е.Р.**

Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины (г. Новосибирск), kozlova\_ea@physiol.ru

**Актуальность.** В последние десятилетия изучение волевой регуляции (effortful control) во всем мире является одной из центральных исследовательских задач. Эмпирические исследования свидетельствуют о том, что волевая регуляция в детстве позволяет прогнозировать социальную компетентность и просоциальное

поведение, а также возникновение распространенных проблем психического здоровья – экстернальных и интернальных. Экстернальные проблемы находят свое отражение в поведении индивида, проявляясь в детском возрасте в виде нарушений внимания, деструктивного и антисоциального поведения; в то время как интернальные проблемы включают страхи, тревоги, проблемы с общением, психосоматические и депрессивные проявления.

Результаты мета-анализа более 100 исследований, проведенного Д. Де Риддер с коллегами, указывают на то, что высокий уровень волевой регуляции связан с хорошими результатами развития во многих сферах жизни человека. Эти выводы справедливы в отношении психического здоровья, субъективного благополучия и социальных взаимодействий, а также образования. Кроме того, авторы мета-анализа подчеркивают, что волевая регуляция не только является основой желательного поведения, но и сдерживает нежелательное. Однако имеющиеся сведения получены в западных странах, поэтому возможность их распространения на другие культуры требует дополнительного изучения.

Методы изучения волевой регуляции в детском возрасте включают психометрические и экспериментальные. Психометрические методы представлены соответствующими шкалами опросников, разработанных М. Ротбарт и ее коллегами для родителей детей разного возраста. В младенческом возрасте (3-12 мес) применяют Модифицированный опросник поведения младенцев (IBQ-R), в раннем детском возрасте (18-36 мес) – Опросник поведения в раннем детстве (ECBQ), в дошкольном возрасте (3-6 лет) – формы Опросника поведения в детстве (CBQ), а в младшем школьном возрасте (7-12 лет) – Опросник темперамента в среднем детстве (TMCQ). Экспериментальные методы изучения волевой регуляции в детстве включают стандартизованные поведенческие батареи, разработанные Г. Кочанска с коллегами для детей в возрасте от 22 до 78 месяцев. Эти батареи представляют собой наборы заданий, несколько различающиеся в зависимости от возраста ребенка.

Сочетание психометрических и экспериментальных методов изучения волевой регуляции может позволить наиболее полно оценить ее выраженность и взаимосвязи с показателями психического здоровья.



Таким образом, **целью** настоящего исследования являлось изучение вклада волевой регуляции по данным батареи тестов и родительских опросников в психическое здоровье детей.

**Участники.** Выборка экспериментального исследования охватила 302 ребенка (157 мальчиков и 145 девочек) в возрасте от 23 до 139 мес ( $M = 70.0$ ;  $SD = 29.2$ ) из г. Новосибирска. В соответствии с предшествующими исследованиями выделено шесть возрастных групп: 22-32 мес ( $N = 30$ ), 33-45 мес ( $N = 50$ ), 46-64 мес ( $N = 52$ ), 65-77 мес ( $N = 50$ ), дошкольники 78-90 мес ( $N = 35$ ) и младшие школьники 7-11.5 лет ( $N = 85$ ).

**Методы.** В исследовании применяли международно признанные инструменты, адаптированные и валидизированные авторами для использования в России. Волевая регуляция изучена с помощью соответствующих возрасту тестовых батарей, разработанных Г. Кочанска с коллегами, и родительских опросников, разработанных М. Ротбарт с коллегами. Для оценки психического здоровья использовали родительский опросник «Сильные стороны и трудности», разработанный Р. Гудманом.

**Результаты.** Результаты корреляционного анализа показали, что связи между экспериментальными и психометрическими показателями волевой регуляции были значимы, но невелики. Волевая регуляция по данным батареи тестов была связана со следующими психометрическими показателями: Волевой регуляцией по данным родителей, Устойчивостью внимания, Регуляцией активности и Сенсорной чувствительностью. Экспериментальный показатель Выдержки был связан с Волевой регуляцией по данным родителей, Устойчивостью внимания, Тормозным контролем и Сенсорной чувствительностью. Кроме того, Замедление двигательной активности было связано с Устойчивостью внимания; в то время как Направленное внимание, изученное в тесте «Цвета и слова», было связано с Регуляцией активности.

Моделирование структурными уравнениями позволило оценить вклад экспериментальных и психометрических показателей волевой регуляции в показатели психического здоровья с учетом нескольких результирующих показателей, неизбежных погрешностей измерения, а

также пола и возраста детей. Путевой анализ показал, что модель с итоговыми показателями волевой регуляции отлично соответствовала эмпирическим данным  $\chi^2 = 8.37$ ;  $df = 6$ ;  $p = .21$ ;  $CFI = .995$ ;  $RMSEA = .036$ . Наибольший вклад в психическое здоровье детей вносила Волевая регуляция по данным родителей, являвшаяся предиктором Просоциального поведения ( $\beta = .36$ ,  $p < .001$ ), Экстернальных ( $\beta = -.55$ ,  $p < .001$ ) и Интернальных ( $\beta = -.34$ ,  $p < .001$ ) проблем и их Влияния на жизнь ребенка ( $\beta = -.34$ ,  $p < .001$ ); Волевая регуляция по экспериментальным данным выступила фактором защиты в отношении Экстернальных проблем ( $\beta = -.11$ ,  $p < .01$ ).

**Заключение.** Проведенное исследование расширяет имеющиеся представления о психическом здоровье российских детей, показывая, что волевая регуляция и ее компоненты способны вносить существенный вклад в благополучное и отклоняющееся развитие. Перспективы дальнейших исследований предполагают более детальное изучение волевой регуляции от раннего детского до подросткового возраста с помощью батареи тестов и опросников (родительских, учительских и самоотчетов) и уточнение ее вклада в психическое здоровье на каждом возрастном этапе.

**Благодарности.** Авторы благодарны всем участникам исследования. Работа выполнена при финансовой поддержке Российского научного фонда (проект № 16-18-00003).

## К ПРОБЛЕМЕ АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕВИАЦИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

**Кравченко Н.Е., Мазаева Н.А.**

ФГБНУ НЦПЗ. Москва, [kravchenkone@mail.ru](mailto:kravchenkone@mail.ru)

Наблюдающиеся в современном обществе кризисные процессы не могут не оказывать воздействие и на быстро воспринимающую социальные перемены подростковую среду. Особую озабоченность вызывает заметно возросшая частота аутоагрессивных действий. В частности, одна из печальных примет времени – «омоложение» суицидальных девиаций. Достоверные эпидемиологические показатели распространенности аутоагрессивного, в том числе суицидального

поведения, практически отсутствуют. В 2017 году, по данным Росстата, общий коэффициент смертности по причине самоубийства для всех возрастов, рассчитываемый на 100 000 населения, составил 16, однако среди подросткового контингента 15-19 лет этот показатель выше. Приводимая в статистических ежегодных сборниках информация о причинах смерти основана на медицинских свидетельствах, но часть завершенных суицидов может расцениваться как смерть по неосторожности или в результате несчастного случая из-за так называемого «рискованного поведения». Вместе с тем за одним и тем же поведенческим феноменом может скрываться как психопатологическое, так и социально-психологическое явление. С одной стороны, рискованное поведение может рассматриваться в контексте весьма распространенных в современной молодежной среде спортивных увлечений, связанных с риском для жизни, с другой – включаться как компонент ассоциированного с психической патологией самоповреждающего и суицидального поведения. К нему, в частности, можно причислить экстремальные виды спорта, физические упражнения, характеризующиеся высокой степенью опасности для жизни и здоровья, например, зацепинг, рифрайдинг, трейнхоппинг, паркур, скейтбординг, сноубординг, скалолазание, спелеологию, мототриал и даже некоторые варианты селфи. Считается, что достигнутое с помощью рискованного поведения возбуждение сопровождается выбросом в структурах мозга дофамина и норадреналина, что приводит к переживанию особого эмоционального подъема – состояния эйфории, сменяющейся умиротворением. Вряд ли будет правильным однозначно относить эти особенности поведения к категории психопатологических. Мотивация сортсменов-экстремалов, стремящихся получить новые ощущения через преодоление трудностей, противоположна мотивации людей с патологическим (самоубийственным) рискованным поведением, для которых необходимость в острых ощущениях, пребывании на грани жизни и смерти проистекает из чувства отчаяния, презрения к жизни, желания «испытать судьбу». В некоторых случаях увлечение опасными трюками может сочетаться с такими аутодеструктивными проявлениями, как злоупотребление ПАВ и алкоголем, а также прижиганием себя, нанесением самопорезов (cutting). Считается, что самоповреждающее

несуицидальное поведение повышает риск самоубийства. В соответствии с теорией психолога Томаса Джойнера (Thomas Joiner) покончить собой в первую очередь способны те, кто научился преодолевать инстинкт самосохранения. Поэтому потенциальные самоубийцы как бы «приучают» себя к болевым ощущениям и страху: рискуют жизнью, совершают незавершенные попытки, просматривают репортажи и публикации о суицидах, проецируя на себя самоубийства других людей. В общей популяции современной молодежи аутодеструктивное и опасное для жизни поведение встречается, по-видимому, не так уж и редко, но эти случаи не попадают в поле зрения психиатров, поскольку и подростки, и их родители избегают обращения в государственные психиатрические учреждения.

Получение данных о наблюдающихся у подростков с психической патологией аутодеструктивных девиациях и явилось целью нашего исследования. Многолетнее наблюдение контингента подросткового кабинета в одном из ПНД г. Москвы, позволяет утверждать, что доля больных с аутоагрессивными проявлениями среди зарегистрированных в диспансере, относительно невелика и ограничивается 8-10%, но в течение последних 3-4 лет отмечается тенденция к увеличению числа подобных случаев.

Спектр наблюдавшихся аутодеструктивных проявлений включал с одной стороны феномены, ассоциированные с современными социокультурными влияниями, с другой – девиации, имеющие непосредственное отношение к психическим нарушениям. К первым можно было причислить модные в последние годы в подростковой среде телесные модификации, связанные с причинением боли, изменением внешнего вида – пирсинг, шрамирование (скарификация), татуаж. Психологически понятной мотивацией такого поведения являлось стремление выделиться «из серой массы» и подчеркнуть принадлежность к определенной молодежной группе, самоповреждающие действия не совершались импульсивно, были продуманными. При этом можно отметить, что озабоченность физической красотой, желание соответствовать эталонам, принятым в среде сверстников, наблюдалась не только у девушек, но и у юношей, характерологические особенности которых включали черты демонстративности. Ко вторым вариантам аутодеструктивных

девиаций, ассоциированных с психическими расстройствами, относились случаи самоповреждающего поведения, имеющие иной генезис. Это были аутоагрессивные эпизоды (самопорезы, самоожоги, аутопирсинг), которые могли возникнуть неожиданно на фоне сниженного настроения и депрессивных переживаний, собственно деструктивные действия объяснялись подростками как желание наказать себя, или попытками уменьшить душевное страдание, причинив физическую боль, снять эмоциональное напряжение, преодолеть эмоциональное бесчувствие. Такого рода феномены часто выявлялись в анамнезе подростков, совершивших суицидальные попытки. Импульсивные суицидальные проявления по типу реакции «короткого замыкания» вспыхивали на пике эмоционального страдания, часто на глазах у родителей после незначительной провокации. Подобная нередко brutальная аутоагрессия (подростки заглывали осколки разбитого ими стекла, бились головой о стену) чаще имела место у юношей в структуре психогенной или психопатической реакции. Демонстративно-шантажное суицидальное поведение, как проявление обиды, протеста на ситуацию фрустрации потребностей (более типичное для девушек) наблюдалось у подростков с формирующимися личностными расстройствами. Зачастую повторяющееся аутоагрессивное поведение с нанесением самопорезов, самоожогов становилось проявлением ставшего привычным реагирования на внешние стрессоры. Нередким было сочетание аутоагрессивных девиаций и аддиктивных расстройств. В единичном числе случаев «суицидоподобные» действия соотносились с навязчивыми влечениями типа суицидомании. Согласно нашим данным, аутодеструктивное, в частности, суицидальное поведение подростков реализовалось при сочетании ряда факторов: наличии конституционально обусловленных особенностей формирующейся личности с неустойчивостью самооценки, несформированностью Я-концепции и высокой импульсивностью; часто на фоне неблагоприятной микросоциальной ситуации и отсутствии адекватных копинг-механизмов.

В заключение следует подчеркнуть, что превентивные стратегии необходимо строить, учитывая патогенетическую неоднородность аутоагрессивных проявлений у подростков с психической патологией. В некоторых случаях можно ограничиться психотерапевтическим

воздействием, в других – необходима не только психо-, но и фармакотерапия и даже лечение в условиях психиатрического стационара.

## **ПАРААУТИЗМ КАК КРАЙНЕЕ ПРОЯВЛЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ**

**Кремнева Л.Ф.**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, [kremneva-lidiya@mail.ru](mailto:kremneva-lidiya@mail.ru)

Центральной фигурой для ребенка младенческого возраста является мать, а в последующие годы его жизни невозможно переоценить роль семьи как одного из главных социальных институтов общества. В числе основных факторов среды, в последние десятилетия неблагоприятно влияющих на нормальное психическое развитие ребенка, следует отметить разрушение культуры семьи и потерю навыков материнского поведения, поэтому задачи возрождения и воспитания семейных традиций, сохранения преемственности национальной культуры семейного воспитания становятся чрезвычайно актуальными[1]. Многие дети, растущие в семье, страдают от материнской депривации, которая может иметь самые разные причины: чрезмерная занятость матери, отсутствие интереса к ребенку, озабоченность собственными проблемами, заболевание матери (соматическое, психическое), заблуждения, предрассудки, непонимание своей родительской роли и т.п. В итоге ребенок с первых дней своей жизни не чувствует себя ценным, нужным, любимым, вне зависимости от своего поведения и своих качеств. Различают парциальную депривацию - когда не удовлетворена какая-либо одна потребность и полную (тотальную), когда одновременно не удовлетворены многие потребности или одна, но настолько важная, что ее неудовлетворение вызывает тотальные нарушения. Примером последней является материнская депривация. Ее крайне пагубные последствия объясняются тем, что сенсорная, двигательная, эмоциональная и социальная депривация являются ее следствием – следствием лишения ребенка с раннего возраста заботы матери, ее тепла. Последствия материнской депривации начинают проявляться со

второго, третьего месяца жизни и, без преувеличения можно сказать – звучат на протяжении всей жизни человека. Внимание матери необходимо младенцу, чтобы у него возникло доверие к ней как к доброжелательному и надежному представителю внешнего мира, а стало быть, и к миру в целом, чтобы образ безопасного мира им был прочно усвоен, вошел в его внутренний мир [2]. В возрасте до 2 лет у человека закладывается вера в то, что он принят этим миром, в 3, 5 лет – вера в себя и стремление творчески реализоваться. Кроме того, если нарушается естественное развитие привязанности младенца к родителям, у него нарушается и общее психическое развитие. Это выражается в бедности эмоционального репертуара, эмоционального арсенала. Повышается уровень тревоги, может в дальнейшем возникнуть склонность к насилию. Если у человека до 2 лет не сформировалось ни к кому привязанность, он, будучи взрослым, будет испытывать трудности контактов [2; 3]. Установлено, что только адекватная реакция матери на нужды ребенка определяет формирование у ребенка безопасной привязанности к ней [3].

Цель: изучение характера психических нарушений у детей раннего возраста при разной степени выраженности материнской депривации.

Объект исследования: 103 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 4 лет и их матери с нарушенным материнским поведением (депривирующий тип воспитания [3; 6], наблюдавшихся в психолого-медико-социальном центре для детей раннего возраста г. Москвы.

Методы исследования: клинический, психологический, этнологический, специально разработанные структурированные интервью.

Результаты: степень выраженности депривации была различной и рассматривалась исходя из оценки полноты удовлетворения потребностей ребенка, что, в свою очередь, определялось характером отклонений в воспитательных подходах. По нашим наблюдениям вследствие: 1. Плохого понимания причин поведения ребенка. 2. Боязни «избаловать» ребенка. 3. Постоянно меняющихся лиц, ухаживающих за ребенком. 4. Депрессии у матери. 5. Отвержения ребенка матерью.

1. Плохое понимание причин поведения ребенка, нечувствительность к его потребностям, механическое исполнение приемов ухода. Отсутствие реакции матери на инициативу ребенка. Это большая группа матерей (18 наблюдений), которые не могут подстроиться к ребенку, не могут получить эмоциональный резонанс от него в силу недостатка эмоциональной чувствительности к ребенку или отсутствия понимания необходимости этой подстройки, сосредоточенности на себе. В этом случае мать следует «за ребенком», а не направляет его, не структурирует его время и занятия. Эти же матери часто отличались непоследовательностью требований к ребенку. Они стремились сделать ребенка «удобным для себя», настоятельно просили «успокоительных лекарств». Кроме того, 7 матерей из этой группы – это занятые матери, предъявляющие чрезмерные требования к ребенку, чтобы сделать его менее нуждающимся в собственном внимании. Физические наказания, порицания, свободное выражение своих отрицательных эмоций матерью при ребенке, отмечалось в пяти наблюдениях.

2. Боязнь «избаловать» и, вследствие этого, отсутствия положительного подкрепления любых достижений ребенка. Эти матери (9 наблюдений) были молчаливыми, не разговаривали с ребенком как на первом году, так и в последующие годы, так как «все понятно без слов»; старались как можно меньше брать ребенка на руки в силу своих взглядов на воспитание.

3. Постоянно меняющиеся лица, ухаживающие за ребенком, с первых месяцев его жизни (родственники, няни) – 10 наблюдений. Еще в 5 наблюдениях – дети матерями совсем заброшены, они воспитывались меняющимися родственниками, так как матери алкоголизировались.

4. Депрессия у матери. Эти матери очень плохо чувствуют потребности ребенка, погружены в собственные переживания, формально выполняют действия по уходу. Какая бы то ни было реальная эмоциональная связь с ребенком отсутствовала. Когда состояние матерей настолько утяжелялось, что становилось очевидным для окружающих, обычно заботу о ребенке брали на себя близкие и тогда благополучие ребенка целиком определялось тем, насколько качественно они это делали. Кроме вышеперечисленных, большую группу (20) составляли матери с выраженной ситуативной тревожностью, высокой эмоциональной лабильностью. Они очень



волновались по поводу состояния здоровья и развития ребенка. Подозревали, что он уже отстает в развитии или ему это может грозить в будущем. Старались неукоснительно выполнять рекомендации специалистов, сосредотачиваясь в основном на этом, а не на состоянии и поведении ребенка. Сковывали его инициативу, то есть осуществляли суперопекающее воспитание. В такой ситуации ребенок не чувствует в матери надежного партнера, начинает в большей степени полагаться на себя, формируется избегающая привязанность, либо, напротив, «прилипает» к матери и не допускает возможности разлучения. 5. Отвержение (явное, неявное, 30 наблюдений) как следствие несоответствия ребенка планируемому идеалу (2 набл.), изменившейся семейной ситуации (2 набл.), следствие личностных особенностей матери (3 набл.). «Чрезмерно занятые матери» (14 набл.), с ориентацией только на карьеру, со стремлением «как можно больше успеть», то есть доминированием внедряющихся ценностей по отношению к ценности ребенка [7]. В остальных наблюдениях – перекалывание ответственности за ребенка на учреждения, дефицит знаний в области психического развития и воспитания детей, а также психически больные и асоциальные матери.

Наиболее легкая и часто встречающаяся степень депривации (когда эмоциональная ее составляющая была неполной и матери с различны типом отклонения в воспитании, то удовлетворяли потребности ребенка (полностью или частично), то игнорировали их -- проявлялась в истероформном поведении детей, иногда завершающемся аффект--респираторным приступом. Характерными также являлись признаки парциальной задержки формирования психических функций, наличие выраженного страха посторонних к 1,5 годам, эмоциональная лабильность и начальные проявления личностных расстройств тормозимого типа. Более выраженная степень депривации отмечалась в тех случаях, когда матери минимизировали усилия по уходу за ребенком, были излишне строги к нему, стремились все делать как удобно им, игнорируя интересы и потребности ребенка, даже прибегали к насилию. Не удовлетворяли потребности ребенка в новых впечатлениях, в момент кормления не общались с ним. Вообще стремились быстрее завершить этап грудного вскармливания и перейти к искусственному. Нередко воспитание целиком вверяли

няням, причем часто меняющимся. У детей этих матерей выявлялись уже к концу первого полугодия признаки задержки психофизического развития, которые с течением времени становились все более грубыми. Речь развивалась плохо, отмечался выраженный гипердинамический синдром. Аппетит был резко снижен, либо дети беспорядочно много ели, но вес, тем не менее, оставался сниженным. Отмечались выраженные стереотипии. Истерические реакции были грубо выраженными, чаще отмечались аффект-респираторные приступы. Со временем возникали соматические заболевания, как правило, протекающие в тяжелой форме. Поведение этих детей характеризовалось безразличным отношением к уходу матери, отсутствием страха перед посторонними взрослыми, низким уровнем инициативного и ответного поведения, то есть формировалась избегающая небезопасная привязанность.

При отвержении ребенка матерью (явном или неявном) выделены определенные отклонения – это депрессия с типичной триадой дисфункций, характерны двигательные стереотипии и парааутизм [4,5] на фоне задержанного или искаженного темпа формирования всех психических функций. Дети не проявляли инициативы в общении и не стремились к общению. Предоставленные самим себе, дети раннего возраста занимались примитивной игрой, не соответствующей возрасту или безучастно лежали на одном месте, не обращая внимания на окружающих. Часть из них обнаруживала стереотипное двигательное возбуждение малого размаха в виде однообразного подпрыгивания на месте, однотипных поворотов головы, раскачивания, манипуляции пальчиками рук. Дети не реагировали на обращение, оставались равнодушными к игрушкам, не реагировали на громкие звуки. Появление незнакомых людей, даже берущих их на руки, не вызывало у них реакции любопытства или страха. Нередко у детей обнаруживались проявления феномена протодиакриза – предпочтения неживых объектов людям и неспособность различать живое и неживое. Все указанное напоминало проявления эндогенного аутизма (РДА), однако отсутствие гиперчувствительности и симптома Павлова, феномена тождества и пристрастия к определенному стереотипу жизни, вещам, привычкам, отсутствие фобий – свидетельствовало об отсутствии эндогенного аутизма. В случаях

парааутизма имеет место экзогенный дефицит эмоциональной, социальной, когнитивной, сенсорной, а также других необходимых видов стимуляции и, следовательно, отсутствие предпосылок для формирования даже патологических форм привязанности. В случаях наличия парааутизма не только психическое состояние, но и физическое выживание ребенка зависит от вмешательства в его судьбу третьих лиц.

Таким образом, отклоняющееся поведение матери является формообразующим фактором психической патологии у детей. В то же время, коррекция нарушенного материнского поведения открывает широкие возможности для первичной и вторичной профилактики психических расстройств у детей раннего возраста.

#### Литература

1. Батуев А.С. Начальные этапы биосоциальной адаптации ребенка. Психофизиологические основы социальной адаптации ребенка. Санкт-Петербург. 1999, с. 8-13.
2. Бим-Бад Б.М. Внимание к вниманию. Семья и школа. 2006, №7, с. 18-19.
3. Кошавцев А.Г. Послеродовые депрессии и материнско-детская привязанность. Монография. – СПб.: СОТИС, 2005, 224 с.
4. Кремнева Л.Ф., Проселкова М.О., Козловская Г.В., Иванов М.В. К вопросу об этиологии синдрома сиротства. Социальная и клиническая психиатрия. №1, 2017, с. 20-25.
5. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот. Дисс. ... канд. мед. наук, М., 1996.
6. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Перспективное исследование материнского поведения и его влияния на психическое развитие детей раннего возраста. Вопросы психического здоровья детей и подростков. Москва, 2003 г., №3, с. 7-14.
7. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. – М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002, - 240 с.

## СУИЦИДАЛЬНОЕ, САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ И РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ В КОНТЕКСТЕ ПОДРОСТКОВОЙ ИНИЦИАЦИИ

Левковская О.Б. <sup>1 2</sup>, Шевченко Ю.С. <sup>2</sup>, Панов Г.А. <sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения города Москвы

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО Российская Медицинская Академия Непрерывного Профессионального Образования Минздрава России

[o.levkovskaya@gmail.com](mailto:o.levkovskaya@gmail.com)

**Актуальность:** согласно многочисленным международным и отечественным исследованиям в последние два десятилетия наблюдается значительный рост несуицидальных самоповреждений (НСП) в общей (не клинической) подростковой популяции. В то же время суицидальная ситуация в России среди подростков квалифицируется как неблагополучная. Учитывая обнаруженную связь между этими формами поведения, возникает насущная необходимость разработки комплексных моделей, объясняющих и исследующих различные аспекты (клинические, социально-психологические, духовно-культуральные, национальные и др.) подросткового самоповреждающего, рискованного и суицидального поведения.

**Целью** настоящей работы является концептуальное осмысление несуицидального самоповреждающего, рискованного и суицидального поведения в контексте подростковой инициации.

Посвящение подростков в статус взрослого является одним из ключевых этапных моментов развития, как в индивидуально-личностном, так и в социальном его значении. Социальная ситуация, обеспечивающая превращение ребенка во взрослого члена общества, обозначается как «инициация». Тело подростка претерпевает фундаментальные преобразования, в особенности это касается эндокринной, опорно-двигательной, репродуктивной и нервной системы. Такие высшие психические функции, как самосознание, телесность, антиципация, функция прогнозирования, контроля и регуляции своей деятельности, целеполагание находятся в сенситивном периоде своего развития именно в подростковые годы.

При этом скорость созревания различных функций неодинакова. Одной из особенностей подростков XX, XXI столетий является то, что половое созревание значительно опережает, как анатомио-функциональное созревание головного мозга, так и включение подростка в социальную жизнь на правах взрослого (социальное взросление). Значительное снижение возраста сексуального дебюта (по И.С. Кону) приводит к столкновению интересов сферы личной жизни (физиолого-сексуальных, потребностно-мотивационных) и общественных интересов, связанных с подготовкой подростка к переходу в статус совершеннолетия с принятием всей полноты ответственности за свои поступки и действия.

Подростковая потребность в отделении от родительской семьи и в переходе в статус взрослого является общепсихологическим феноменом. В первобытных общинах, характеризовавшихся ранним социальным созреванием детей, церемонии подростковой инициации осуществлялись по достижении 9-11-летнего возраста. В русском этносе некоторые ритуалы, имеющие отношение к подростковой инициации, и возложение отдельных взрослых функций были как бы фрагментарно разбросаны по всему предшествующему периоду детства. Это способствовало ступенчатой, поэтапной трансформации самосознания и социального статуса ребенка. Сюда можно отнести раннюю, на этапе современного дошкольника, включенность в трудовую деятельность семьи, общины. Достигаемые в ней успехи расширяли возможности подростка, помогали почувствовать себя более умелым, подготовленным к созданию собственной семьи, общественно значимым.

Многие старинные общественные игры, забавы, состязания, по сути являлись социально приемлемыми альтернативами подростковому бунтарству и обостренным возрастным реакциям, способствовали воспитанию мужественности и обузданию враждебности. Например, русские кулачные бои, коллективные зимние сходки молодежи у разных славянских этносов (так называемые посиделки, поседки в крестьянской среде), приравнивание физических испытаний к нравственным в контексте эстетических и мировоззренческих принципов воспитания в дворянской среде. Все это способствовало канализации агрессивной экспансивности пубертатного

возраста, с одной стороны, и развитию «переносливости» испытаний (по В.М. Бехтереву), с другой.

В настоящее время подростковая гиперсексуальность, оторванная от социального взросления, нередко вступает в противоречия с социальными и культуральными ограничениями, являясь мощным релизером для многих форм девиантного поведения.

Переход в статус взрослого сопряжен с подростковой потребностью «испытать себя». Достижение определенной степени психофизиологической зрелости порождает в подростках своеобразную потребность демонстрировать «взрослый фенотип». Это проявляется в физической, социальной смелости, демонстрации своей ловкости, выносливости, способности переносить боль и унижения, сексуальной состоятельности, верности группе, ее идеалам, ритуалам и т.д.

Биологическая готовность к качественной трансформации в отсутствии направляющих социальных институтов и влияний лежит в основе т.н. «стихийной инициации». Она осуществляется современными подростками сообразно их индивидуально-характерологическим, клинко-психологическим и личностным особенностям в разнообразных формах рискованного поведения, несущих самонаправленного повреждения, участия в т.н. «группах смерти», субкультурах «футбольных фанатов», «скинхэдов», в фантазийном переносе и проживании множественных жизней игрока в компьютерных играх и т.п.

Все эти формы «стихийной инициации» соответствуют основным пунктам-модулям временной сепарации от общества взрослых (по А. Геннепу). А именно: слиянию с группой сверстников и подчинению ее внутренним законам, агрессивным набегам со своей на взрослую территорию, символическим ритуалам «смерти в старом и возрождении в новом статусе», «пребыванию в измененном состоянии сознания», «знакомству с магическим знанием», «демонстрации своей физической и моральной выносливости», «маркировке тела с помощью раскраски, повреждений и самоповреждений» и т.п.

Таким образом, XX, XXI век принесли с собой кардинальные изменения в семейно-бытовом, социально-ролевом и институционально-средовом укладе. Произошла полная утрата, гибель, замена множества ритуалов, обычаев и традиций. При работе с

подростковой проблематикой, в особенности с дисгармонически протекающим пубертатным кризом со склонностью к рискованному, самоповреждающему и суицидальному поведению специалистами должны учитываться универсальные филогенетически древние механизмы подростковой инициации. Наряду с другими задачами подростковой психотерапии, психокоррекции и психопрофилактики необходимо создавать условия, способствующие преодолению инфантильных установок, реализации своей творческой неповторимой индивидуальности, что сделает подростков самоуважающими и принятыми социумом. Это предполагает: помощь подростку в формировании чувства долга перед семьей и обществом; помощь семье в смещении акцентов и приоритетов с исключительно учебной успешности подростков на личностную успешность; поддержку в формировании перечня бытовых обязанностей; направляющую помощь в выборе и последующем овладении конкретными трудовыми навыками и умениями; организующую помощь в раннем профессиональном самоопределении, а также специальную организацию функционирования подростковых психиатрических стационаров, исправительных и воспитательных учреждений, канализирующую «стихийную инициацию» в безопасное и социально приемлемое русло.

## **ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

**Макашева В.А., Суворова Д.С., Леденева И.Г.**

ГБУЗ НСО «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», г. Новосибирск,

[v.a.makasheva@gmail.com](mailto:v.a.makasheva@gmail.com)

Психическое здоровье детско-подросткового населения и молодежи характеризует качество социального капитала, от которого зависит будущее нации. Инвестиции в ресурс психического здоровья определяют на последующие годы жизни способность поколений к реализации основных функций общества, связанных с воспроизводством населения и реализацией репродуктивной функции

семьи, профессиональной деятельностью и формированием социально-экономического благополучия страны. В отношении психического здоровья детей особое значение приобретают вопросы превенции психических расстройств и ряда негативных явлений – самоубийств, правонарушений, аддикций, насилия.

Популяционная задача снижения уровня распространенности суицидального и других форм деструктивного поведения детей и молодежи требует формирования и развития территориальных систем по укреплению психического здоровья детей и молодежи в стране, округе, регионе, муниципалитете. Этот процесс предполагает формирование единой методологической базы и алгоритмов работы, системный социально-экономический анализ, стратегическое планирование и разработанные механизмы эффективного финансирования ведомств, служб, организаций. Ведущая роль системы здравоохранения очевидна.

В Новосибирской области за 2018 год 4,5% детей в популяции имеют психические расстройства, а порядка 12% из них имеют статус «ребенок-инвалид». Детская инвалидность по психическим расстройствам и в России и в Новосибирской области занимает первое место и прогностически продолжит свой рост. Стабильно высокий уровень суицидов среди несовершеннолетних в России: за 2017 год умерло 374 несовершеннолетних в России, из них 10 в Новосибирской области.

В течение ряда последних лет в Новосибирской области были сформированы организационно-правовые, медико-социальные ресурсы служб охраны психического здоровья (Макашева В.А. 2013, 2015; Макашева В.А., Слободская Е.Р., Макушкин Е.В., 2016; Макашева В.А., Суворова Д.С., Леденева И.Г., 2016; Макашева В.А., Бабенко А.И., 2017; Макашева В.А., Кирчагло О.В., Бабенко А.И., 2018).

На основе анализа актуального уровня развития территориальной системы превенции психического неблагополучия детей и молодежи, ее достижений и проблем, нами сформирован региональный проект Комплексного плана по профилактике суицидального поведения и охране психического здоровья детей на 2019-2023 годы (далее – Комплексный план).



Комплексный план предусматривает формирование зрелой системы межведомственного взаимодействия с дифференциацией функций и услуг, исключающей их дублирование. Задачи, поставленные перед Комплексным планом, направлены, в первую очередь, на совершенствование организационно-правовых основ системы охраны психического здоровья. Ключевая операция связана с координацией работы в условиях сложных динамических взаимовлияний социально-психологических, информационных, генетических, экологических и других факторов, влияющих на психическое здоровье и заключается в создании Ресурсного Центра психического здоровья (далее Центр).

Важным направлением в работе Центра является ведение эпидемиологического информационно-аналитического мониторинга показателей психического неблагополучия на территории, включая суицидальное поведение, случаи жесткого обращения в отношении несовершеннолетних, общественно опасное поведение. Наличие достоверной статистической информации о психическом здоровье детей, закономерностях и факторах его формирующих, превращает территориальную систему охраны психического здоровья в живой организм, пластично реагирующий на изменяющуюся актуальную ситуацию.

На основе прогнозируемых на территории негативных суицидологических, агрессивных, общественно опасных тенденций территориальные службы психического здоровья (здравоохранения, образования, социальной защиты и другие) получают возможность своевременно вносить организационные, структурные изменения, развивать и своевременно предоставлять необходимые технологии профилактики, лечения и реабилитации, проводить адекватное планирование объемов услуг и финансирования.

Стратегически необходимо, чтобы медицинские и иные технологии соответствовали формирующимся психопатологическим, социально-психологическим феноменам в быстро меняющихся социально-экономических условиях, предоставлялись в необходимых объемах и в соответствии с принципами оптимальной достаточности, медико-социальной эффективности, рентабельности, что требует концентрации необходимых ресурсов, включая подготовленных

специалистов, технологий, финансов – тем более, что постоянно растет соответствующая доказательная база социально-экономической эффективности профилактических и лечебных вмешательств.

Формирование обоснованных прогнозных значений показателей психического благополучия населения представляется невозможным без системного внедрения скрининг-исследований, направленных на выявление тревожных, депрессивных расстройств, риска суицидального поведения, переживания буллинга. Организация популяционных скрининг-исследований – одна из приоритетных направлений работы Центра.

Создание гибкой и эффективной инфраструктуры системы охраны психического здоровья подразумевает активное включение в систему помощи педиатрического звена, на которое ложится популяционная профилактика нарушений психического здоровья детей и молодежи, раннее выявление нарушений психического развития, эмоциональных и поведенческих расстройств, медико-социальное сопровождение и формирование здорового образа жизни.

Очевидно, что от организации психиатрической помощи во многом зависит эффективность работы системы психического здоровья. Оптимизация структуры психиатрического приема с выделением видов работ в рамках ведения случая по целям, совершенствование подходов к спектральной оценке психических расстройств, лечению и реабилитации – лежит в основе повышения качества оказания специализированной помощи. Крайне важно наполнение содержания работы врача-психиатра в смысле клинических навыков и знаний для оказания всесторонней помощи и координации действий специалистов других заинтересованных ведомств с учетом актуального психического несовершеннолетнего.

Понимая значимость мер по совершенствованию системы регистрации и передачи информации о случаях суицидального поведения несовершеннолетних, пострадавших от жесткого обращения, а также мер по оказанию эффективной комплексной межведомственной помощи, в Комплексном плане предусмотрено формирование цифрового контура системы охраны психического здоровья детей. Планируется создание нового программного продукта, который будет содержать единую персонифицированную электронную базу данных,

разработанные программы реабилитации. Единое облако взаимодействия с использованием цифровых решений и технологий позволяет каждому специалисту системы охраны психического здоровья, в рамках своих компетенций, осуществлять сопровождение несовершеннолетнего, взаимодействие друг с другом по вопросам ведения и эффективности интервенций. Создание данного продукта, безусловно, требует проработки вопросов обеспечения безопасности персональных данных.

Существенное значение в развитии территориальной системы охраны психического здоровья имеет активизация мероприятий по формированию безопасного образовательного пространства, снижение провоцирующих факторов, связанных с жестоким обращением, превенцию буллинга, улучшение психического здоровья в условиях эффективной педагогической и воспитательной работы.

Отличительной чертой Комплексного плана станут мероприятия по созданию безопасных условий городской среды и многоквартирных домов.

Комплексным планом предусмотрено выделение пилотных муниципальных территорий, обобщение, распространение опыта и уникальных достижений в практическую деятельность служб, формирование межведомственного стандарта оказания антикризисной помощи несовершеннолетним.

Контроль исполнения Комплексного плана и достижения поставленных задач основан на разработанной системе взаимосвязанных промежуточных и итоговых индикаторов при усилении роли здравоохранения в превенции психического неблагополучия. Основными индикаторами оценки эффективности реализации Комплексного плана приняты снижение уровня суицидов: в возрастной группе от 0 до 17 лет, числа совершения повторных суицидальных попыток; снижение общей заболеваемости детей психическими расстройствами и расстройствами поведения, инвалидности в связи с психическими расстройствами; увеличение количества семей, выявленных на раннем этапе социального неблагополучия, вовлеченных в психолого-педагогические и социально-правовые мероприятия; снижение числа несовершеннолетних, совершивших преступление или принявших в них участие, жертв жестокого

обращения, несовершеннолетних (семей), состоящих на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних, комиссиях по делам несовершеннолетних; снижение числа совершения повторных правонарушений несовершеннолетними.

Комплексный план составлен с учетом национальных приоритетов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, определенных в документах стратегического планирования на федеральном уровне. В нем отражены междисциплинарные и межсекторные стратегии как наиболее эффективные в решении проблем психического здоровья, закреплено развитие информационных систем в сфере охраны психического здоровья.

## **ОРАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**Максимова Н.Е. , Селянина М.Н.**

ГБУЗ «Областной клинический психоневрологический диспансер»  
г.Тверь, [mselyanina@mail.ru](mailto:mselyanina@mail.ru)

В последние десятилетия отмечается рост числа детей с психическими расстройствами, достигающий 17–20% по данным разных авторов. Родители чаще всего обращаются к врачу – психиатру лишь после того, как отклонения в поведении и развитии у ребенка становятся очевидными для всех. Несвоевременное оказание специализированной помощи приводит к формированию тяжелых психических расстройств у детей, оформлению инвалидности, социальной дезадаптации детей и их семей.

Одной из главных задач деятельности поликлинического отделения является проведения комплексной диагностики для установления диагноза и создания индивидуального плана медико-психолого-социальной реабилитационной работы с ребенком и семьей, в которой он воспитывается. Основная цель, которая стоит перед специалистами, работающими с семьей – актуализировать ресурсы семейной системы, помочь семье выйти на новый уровень

функционирования, максимально задействовать всех членов семьи в реабилитационном процессе.

Психокоррекционная работа с родителями включает в себя реконструкцию детско-родительского взаимодействия, формирование адекватных представлений о болезни ребенка, снижение стигматизации и эмоциональной напряженности родителей, обучение распознавания симптомов болезни, обострения, рецидивов. В условиях поликлиники психокоррекционная работа с родителями проводится в виде следующих индивидуальных и групповых форм: консультирования специалистами по вопросам воспитания, особенностям развития детей, вопросам, связанным с трудностями обучения ребенка, в зависимости от его клинико-психологических особенностей, проведения семейных психокоррекционных занятий, направленных на коррекцию детско-родительских, а также супружеских взаимоотношений, группы психологической поддержки для семей, воспитывающих детей с особенностями в развитии.

На основании оценки клинического состояния ребенка, определения факторов риска и факторов ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий, оценки состояния высших психических функций и эмоциональной сферы, изучения взаимодействия диады: мать–ребенок, триады: мать–ребенок–отец и всех членов в семье, где воспитывается ребенок, определения реабилитационного потенциала врач - психиатр с другими специалистами каждому ребенку не зависимо от возраста составляет индивидуальную программу медико - психосоциальной специализированной помощи, реализуемую в условиях амбулаторного отделения, включающую в себя:

1. Проведение мини - групповых и индивидуальных коррекционных занятий с детьми в сенсорной комнате. Курс включает в себя 10–30 коррекционных занятий с использованием: игровой терапии, сказкотерапии, песочной терапии, арт-терапии, релаксационных техник. Основные цели и задачи работы в сенсорной комнате: развитие и гармонизация эмоционально-волевой сферы детей: снятие психоземotionalного напряжения, развитие саморегуляции и самоконтроля, умение управлять своим телом, дыханием, передавать свои ощущения в речи, уметь расслабляться, освобождаться от

напряжения, сформировать представления о положительных и отрицательных эмоциях, повысить уверенность в себе. Во время занятий с психологом наблюдается развитие коммуникативной сферы у детей: появляются эмпатические чувства, желание оказывать друг другу эмоциональную и физическую поддержку, происходит формирование мотивации к общению, наблюдается преодоление негативных эмоций по отношению к сверстникам. Отмечено повышение уровня развития произвольного внимания, его устойчивость и переключаемость, повышение процессов запоминания, мышления, воображения, восприятия (зрительного, тактильного, слухового), умственных способностей. По каждому занятию выдается домашнее задание и рекомендации, осуществляется обратная связь. Положительный эффект при проведении занятий оказывает стимулирование сенсорной чувствительности, развитие и коррекция зрительно-моторной координации и сенсорно-перцептивной чувствительности, применение методики сенсорной интеграции и стимуляции;

2. Кроме сенсорной комнаты в условиях амбулатории с детьми и подростками психологами проводятся тренинги: тренинг: «Я – единственный на планете (Е.В. Белинская)» - коррекционно-развивающая программа для детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста, имеющих негативное самоотношение; тренинг: «День за днем в стране Фантазия (Н.А. Сакович). Программа развития самосознания детей 6-9 лет» направлен на повышение уверенности в себе, развитие эмпатии и чуткости, раскрытие творческого потенциала; коррекционно-развивающий тренинг по профилактике школьной дезадаптации: «Здравствуй школа-это я!»

3. Занятия с логопедом направлены на формирование правильного грамматического строя речи, ручной и артикуляционной моторики, коррекцию нарушений звукопроизношения, выравнивание звуковой структуры слова, развитие лексики, мыслительных операций, формирование морфологической и синтаксической системы языка, развитие фонематического слуха, познавательной, коммуникативной, и регулирующей функции речи. Логоритмика способствуют укреплению мышечного аппарата ребенка, формированию правильного темпа речи

и дыхания, развитию внимания и памяти, чувства ритма, пополнению словарного запаса.

4. Занятия с социальным работником в арт-клубе изобразительным творчеством (индивидуальные и в мини-группах): в результате арт-терапии удастся развить крупную и мелкую моторику, воображение, память, внимание, усидчивость, улучшить речевое развитие и коммуникативные навыки, гармонизировать эмоциональное состояние ребенка, осуществить отреагирование детских страхов и агрессии. Занятия также направлены на улучшение функционирования семьи, семейных взаимоотношений, появления общих интересов родителей и ребенка. Детские работы оформляются в постоянно действующую обновляющуюся выставку в детской амбулатории.

5. Физиолечение включает в себя битемпоральную транскраниальную микрополяризацию (ТКМП), транскраниальную битемпоральную магнитотерапию, лазеропунктуру, цветотерапию курсами по 10 сеансов одного или другого вида физиолечения.

В результате комплексной специализированной реабилитационной работы создается дальнейший маршрут медико-психолого-педагогических мероприятий по работе с ребенком вне и внутри семьи, разрабатывается программа сопровождения каждой семьи с последующими курсами реабилитации, в результате чего повышается качество жизни, уровень социального функционирования семей, воспитывающих ребенка с особенностями развития.

## **ЛОБНЫЙ ПСИХОСИНДРОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

**Малинина Е.В., Чижова Т.Н.**

ФГБОУ ВО Южно-уральский государственный медицинский университет,  
Областная клиническая психоневрологическая больница №1  
г. Челябинск

[malinina.e@rambler.ru](mailto:malinina.e@rambler.ru)

**Актуальность:** До 50 % детей с эпилепсией имеют межпароксизмальные нарушения психики, при этом психические отклонения ассоциируются с терапевтической резистентностью

эпилепсии. Риск развития психических расстройств у детей с эпилепсией или повреждением структуры головного мозга составляет 35%, а в общей популяции 7-10%. Несмотря на современные достижения эпилептологии в изучении этиологии и диагностики клинических форм эпилепсии, создание новых классификационных подходов и разработку новейших противосудорожных средств, еще недостаточно изучены и определены феноменологически поведенческие и эмоционально-волевые нарушения у детей с эпилепсией, с органическими расстройствами. Большое значение при этом имеет оценка роли различных факторов в развитии поведенческих и эмоциональных фенотипов у данных пациентов.

**Цель исследования:** Изучение психопатологической структуры нарушений поведения у детей с фокальной лобной эпилепсией.

**Материал и методы:** В областной клинической психоневрологической больнице, в детском отделении обследованы 18 детей в возрасте от 7 до 14 лет. В выборке было 14 мальчиков и 4 девочки. Отобраны дети с фокальной лобной эпилепсией с психическими расстройствами, прежде всего поведенческими. Причиной поступления в отделение были агрессия, склонность к насилию, разрушительные действия, импульсивность, снижение контроля за поведением, снижение мотивации к учебе и необдуманность решений, зависимость от социального контекста, социальная дезадаптация.

Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование. Оно включало оценку психического статуса, соматического и неврологического. Особое внимание уделялось изучению эпилептологического анамнеза и методам диагностики (МРТ, ЭЭГ видео мониторинг в состоянии бодрствования и сна). Всем детям проведено нейропсихологическое тестирование и исследование интеллекта по методике Векслера.

**Результаты и обсуждение:** У 14 детей была выставлена фокальная лобная эпилепсия с неизвестной этиологией, у 4 – структурная фокальная лобная эпилепсия. По результатам МРТ у 2-х больных выявлены глиозные изменения лобных отделов, у 2-х корковая атрофия лобных отделов головного мозга. На ЭЭГ у всех детей выявлена эпилептиформная активность в виде диффузных



билатеральных комплексов острая-медленная волна с инициацией из лобных отделов (n=18). Кроме того у 6 пациентов пик-волна регистрировалась и в центральных отведениях, у 6 и в лобно-височных. Продолженная эпилептиформная активность наблюдалась у 5 детей. У всех пациентов была медикаментозная ремиссия эпилепсии, они получали активную противосудорожную терапию (вальпроаты в монотерапии - 14; политерапия вальпроаты и топирамат – 3; вальпроат с карбамазепином - 1).

Изучение наследственных факторов показало, что преобладала отягощенность по личностным расстройствам, как со стороны матери, так и отца (n=6). У двух детей по алкоголизму и у одного по эпилепсии. Перинатальные факторы в большинстве случаев были представлены гипоксически-ишемической энцефалопатией (n=13) и внутриутробными инфекциями (n=11).

Психопатологическая симптоматика определялась в следующих сферах: речь, мышление, эмоции, поведение, влечения. Большинство детей были двигательно расторможены (неусидчивость, гиперактивность), импульсивны (n=10). У 6 отмечались повторяющиеся формы поведения в виде стереотипных действий. Агрессия, аффективная возбудимость (возбуждение на незначительное замечание, бурная двигательная и аффективная реакция, нанесение ударов, царапанье, кусание) наблюдались у 6 детей.

В 4 случаях зафиксирована апатия со снижением игровой, коммуникативной активности, изоляцией и снижением интереса к учебе. Пренебрегали правилами личной гигиены 9 детей, они отказывались мыться и менять одежду. Нарушения когнитивной сферы имели все пациенты (n=18). В речи у них отмечались олигофазия, речевые стереотипии в виде эхоталий и персевераций, логорея. Мышление было замедленное, тугоподвижное и обстоятельное. Внимание с повышенной отвлекаемостью. Память снижена, наблюдались трудности усвоения информации. Нарушения сферы влечений рассматривалось в соответствии с основными инстинктами и проявлялись в следующих направлениях. Расстройства сексуального влечения в виде повышенного выражалось в мастурбации с образным фантазированием (n=5), а извращение характеризовалось агрессивно-садистическим поведением – стремление причинять боль, мучать животных, жестоко

обращались с близкими людьми (n=6).

Нарушение пищевого поведения (n=14) - увеличение количества употребляемой пищи, с эпизодами переедания, с поеданием чужих продуктов. Повышенное влечение к пище приводило к ожирению (n=10) и формировало психоэндокринный синдром (излишний вес, стрии и сыпи на кожных покровах, повышенное потоотделение, геникомастия).

Извращение инстинкта самосохранения с гетероагрессией и аутоагрессией наблюдалось у 6 пациентов. Они совершали враждебные действия против людей и против собственной личности.

При психологическом обследовании по методике Векслера у 4 детей интеллектуальное развитие соответствовало норме, у 1 - пограничный уровень, в 7 случаях легкая умственная отсталость, в 2 - умеренная и в 4 - тяжелая. Нейропсихологическое тестирование показало следующие специфические нарушения - снижение функции контроля за протеканием собственной деятельности, затруднения самостоятельной организации продуктивной интеллектуальной деятельности, черты эмоционально-волевой незрелости, что могло свидетельствовать о дисфункции лобных отделов левого полушария. Выявлялись общая расторможенность психических процессов, грубые изменения аффективной сферы, снижение критики, что соответствовало нарушениям в медиобазальных и базальных отделах головного мозга (n=14), преимущественно слева. Нарушение целенаправленности и контроля над деятельностью, вялость, адинамичность, застреваемость, трудности переключения свидетельствовали о дисфункции премоторной и префронтальной зоны (n=4).

Для обозначения представленных поведенческих расстройств используются термины: фронтотемпоральный синдром, психоорганический синдром, психопатоподобный синдром органический личностный синдром. Анализируя особенности представленного клинического поведенческого синдрома можно полагать, что он имеет свои специфические проявления. Это сочетание гиперактивности, аспонтанности, нарушений мышления и речи с расстройством влечений. Такое своеобразие клинических симптомов приводит к мнению о том, что особую роль в формировании поведенческого синдрома играет лобная кора. Именно она отвечает за условные и

безусловные рефлексы (инстинкты), за адаптивное поведение, за внимание, мышление, самоконтроль и самооценку человека. При поражении лобных долей, по мнению Лурия А.Р. (2000) нарушается сознательная деятельность человека, формирование мотивов, страдает целенаправленная деятельность с появлением менее сложных форм поведения, снижается волевой контроль. Доказательством формирования лобного психосиндрома в исследовании является наличие фокальной лобной эпилепсии у пациентов, предрасполагающая роль эпилептиформной активности в интериктальный период в передних отделах и результаты нейропсихологического тестирования, с выделением специфических нейропсихологических синдромов.

**Выводы:** Результаты комплексного изучения поведенческих особенностей у детей с фокальной эпилепсией позволили сформулировать понятие лобного психосиндрома, где объединены расстройства моторики, эмоциональной сферы, мышления, речи и влечений. Можно полагать, что механизм развития лобного психосиндрома включает несколько патогенетических аспектов: структурные нарушения фронтальных отделов головного мозга и эпилептизацию, как результат деятельности эпилептического очага при лобной эпилепсии. Не исключены и генетические факторы, а также побочные действия противосудорожных препаратов, что требует дополнительных исследований.

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОДВЕРГШИМСЯ ЖЕСТОКОМУ ОБРАЩЕНИЮ**

**Марголина И.А. Платонова Н.В.**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, [imargolina@mail.ru](mailto:imargolina@mail.ru)

Проблемы жестокого обращения с детьми вызывают в обществе большой резонанс и привлекают к себе внимание во всем мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включает в понятие «жестокое обращение с детьми» все формы физического, эмоционального и сексуального насилия, пренебрежения и эксплуатации, следствием которых является фактический или

потенциальный вред для здоровья ребенка и его развития. Насилие, совершенное по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к тяжелым психическим травмам. Психические травмы детства оказывают влияние на всю последующую жизнь ребенка, формирование его характера, психическое и физическое здоровье, адаптацию в обществе. Среди психопатологических последствий физического и сексуального насилия у детей отмечаются посттравматические стрессовые расстройства, расстройства личности, девиантное и аутодеструктивное поведение, ранний алкоголизм и наркомания, также возможно возникновение психотических состояний.

Сведения о случаях физического насилия часто поступают от граждан (например, соседей), от сотрудников государственных учреждений (медицинских, образовательных учреждений), от других членов семьи, а также от самих жертв. Данные заявления проверяются представителями правоохранительных органов и учреждений социальной защиты. Данные о преступных действиях сексуального характера в отношении детей учитываются уголовной статистикой, однако данный вид преступлений характеризуется высокой латентностью (сокрытием факта насилия не только преступником, но и жертвой).

Определение случаев физического и сексуального насилия основывается на юридическом и клиническом подходах. В рамках юридического подхода проводится экспертная оценка уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемого и жертвы, ее способности давать показания, а также определение степени тяжести нанесенного вреда здоровью потерпевшего. Клинический подход основан на анализе нарушений поведения и ведущего типа деятельности: игровая у дошкольников, учебная у школьников, а также психопатологических расстройств, возникающих у ребенка-жертвы. Клинические подходы к определению фактов физического и сексуального насилия проводятся по общему принципу, но с учетом особенностей каждого вида насилия и включают соматическую составляющую: общего педиатрического осмотра в том и другом случаях, гинекологического, урологического, проктологического в случае сексуального насилия.

Как физическое, так и сексуальное насилие в отношении детей

может быть однократным, повторяющимся несколько раз и длительным (продолжительным), происходящим в течение нескольких месяцев или лет. Среди тяжелых форм физического насилия следует отметить нанесение ребенку тяжелых физических повреждений, таких как, переломы, черепно-мозговые травмы, множественные травмы мягких тканей. Формы действий сексуального характера, в которые был вовлечен ребенок, могут быть более разнообразными, среди которых не только сексуальные посягательства и развратные действия, но и случаи, не сопровождающиеся физическим контактом между взрослым и ребенком (демонстрация порнографических журналов, фильмов, а также непристойные разговоры, шутки и т.п.), что можно расценивать как «информационное» сексуальное насилие.

Клинико-психологическая диагностика фактов физического и сексуального насилия в отношении детей должна основываться на оценке психического состояния потерпевшего в период обследования, а также прогностической оценке состояния психики потерпевшего с учетом психотравмирующей ситуации. Для анализа клинических расстройств, связанных с пережитым физическим и сексуальным насилием, применяются как традиционные методики оценки физического, психического и неврологического статуса ребенка, так и комплекс специальных методик, разработанных сотрудниками отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ («Родительская анкета для оценки травматических переживаний у детей» в адаптации Н.В. Платоновой, 2014, Полуструктурированное интервью K-SADS-PL (The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, раздел «Физическое насилие в семье», перевод и адаптация И.А. Марголиной, 2006, «Шкала оценки психических нарушений вследствие воздействия фактора хронического внутрисемейного физического насилия» (ШОПН), Марголина И.А., Козловская Г.В., 2006).

Среди форм коррекции психических нарушений и психологических проблем у детей-жертв физического насилия и сексуальных злоупотреблений, применяемых в работе, следует выделить:

1. режимно-организационные мероприятия;
2. медикаментозные методы лечения (в их числе общепедиатрические и общепсихиатрические);

### 3. психокоррекционные мероприятия.

Режимно-организационные мероприятия, при вынужденном сохранении связи ребенка с насильником, выражаются в необходимом, часто принудительном их разделении, а также в организации профессионального наблюдения за жертвой правоохранительными и социальными органами опеки (нередко изъятие из семьи).

Общепедиатрические методы лечения должны применяться у всех обследуемых детей. Среди них – санация имеющихся отклонений общего состояния здоровья. Это мероприятия, направленные на коррекцию последствий неудовлетворительного ухода (диетотерапия, выхаживание, обучение санитарно-гигиеническим навыкам), общеукрепляющее лечение (витаминотерапия и фитотерапия).

Общепсихиатрические методы должны быть направлены на диагностику и лечение психических нарушений. Они включают в себя наблюдение детским психиатром, который при необходимости назначает психофармакологическое лечение.

Психокоррекционная работа направлена как на дезактуализацию переживаний ребенка, так и стимуляцию развития дефицитарных психических функций, таких как эмоциональность, коммуникативность, развитие навыков социального взаимодействия. Среди психокоррекционных мероприятий хорошо зарекомендовали себя: арт-терапия, игротерапия, игра с песком, манкой и водой, сказкотерапия, а также сухой бассейн, сенсорная комната.

## **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАСИЛИЯ, И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

**Милехина А. В., Захарова Н.М.**

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва. [amilh@mail.ru](mailto:amilh@mail.ru)

Работа проводилась на базе Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ. Обследовано 13 несовершеннолетних

девочек-подростков. Ранее у психиатра или нарколога никто из обследованных не наблюдался. Возникновение психических нарушений было связано с пережитым насилием. Со всеми потерпевшими проводилось комплексное обследование и лечение, длительность наблюдений составила от 2 месяцев до 3 лет. Потерпевшие девочки-подростки (13 человек) — учащиеся старших классов школы в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст 16 лет). На момент деликта у всех имело место выраженное алкогольное опьянение, в большинстве случаев — с амнезией событий. В одном случае насилие совершил таксист, подвозивший девушку из клуба. 12 пострадавших подверглись насилию со стороны сверстников (на вечеринках): групповому, в том числе в извращенной форме. Девочки старались скрыть произошедшее, однако, поскольку видеозаписи и фотографии были размещены в интернете, родители были оповещены третьими лицами и настояли на обращении в полицию. Психическое состояние на момент обращения за медицинской помощью: субдепрессивный фон настроения, тревога, раздражительность, достигающей в отдельных случаях уровня агрессивности, направленной в основном на родителей, навязчивые мысли и воспоминания о пережитой травме, но, в отличие от взрослых, подростки стремились делиться своими переживаниями с подругами, в соц. сетях и т. п. Это позволяло им несколько снизить эмоциональное напряжение. Степень тяжести психических нарушений напрямую зависела от степени осознания случившегося потерпевшей. Динамика психических и поведенческих нарушений: через 5—7 дней после произошедшего у девочек развивались «приступы агрессии» в отношении матерей, начинавшиеся с мысли «несправедливо, что это произошло со мной...» и мысленных обвинений матери в случившемся «почему она меня отпустила..., не предупредила, все из-за нее...» и выражавшиеся в сильнейшем желании причинить боль и даже «убить». Чтобы снизить напряжение и не нанести вред матери, они давали выход агрессии на себя: наносили себе удары, мелкие колюще-режущие ранения и т. п. Суицидальные высказывания имели место, однако носили, скорее, шантажный характер по типу «оставьте меня в покое или я покончу с собой». Факторы, способствующие утяжелению психического состояния: 1). Буллинг- публикация снимков и видеозаписей насильственных действий (сделанных насильниками и

свидетелями) в Интернете с насмешками в адрес изнасилованной; травля потерпевших в социальных сетях, в школе, среди соседей и знакомых с высказыванием обвинений и угроз; обвинения в неприличном поведении, провокации насилия: «напилась», «сама виновата», «сама хотела» и т. д. В результате отмечалось значительное ухудшение психического состояния с нарастанием депрессивной симптоматики, идеями самообвинения и отношения, приведшими в двух случаях к суицидальным попыткам. В 5-ти случаях потерпевшие были вынуждены сменить школу, а в одном случае — переехать жить на дачу и перейти на домашнее обучение. 2). Судебно-следственные действия: отмечено ухудшение психического состояния с нарастанием тревожно-депрессивной симптоматики в дни допросов и судебных заседаний. В целом реагирование на необходимость дачи показаний в суде у несовершеннолетних всегда было негативным, однако степень эмоциональных проявлений напрямую зависела от возраста, интеллектуального развития, от того насколько хорошо она была информирована информированы о судебном процессе. Важной составляющей также была степень тяжести насилия совершенного против несовершеннолетней. В случаях, когда сексуальное насилие сопровождалось нанесением телесных повреждений, было групповым или в извращенной форме, потерпевшие крайне негативно высказывались по поводу дачи показаний, а в случае попытки принуждения — совершали демонстративные аутоагрессивные действия (самопорезы, попытки самоотравления). В отношениях с противоположным полом отличительной особенностью также было желание как можно скорее вытеснить воспоминания и начать новую жизнь, «забыв» о произошедшем. Уже через 1-2 месяца после изнасилования у потерпевших начинались новые отношения с представителями противоположного пола, в большинстве случаев носившие платонический, дружеский характер. Новые отношения были дисгармоничными: частые ссоры, попытки контроля поведения партнера со стороны потерпевшей, завуалированная вербальная агрессия в адрес партнера. Длительность отношений не более 2-3 месяцев, после их завершения отмечалось снижение фона настроения, с высказыванием идей о «никчемности», «не нужности мужчин». Квалификация расстройств по МКБ-10: посттравматическое стрессовое



расстройство (F..- 5 . посттравматического развития личности (F.. - 2 с изменением привычного образа жизни: значительно сузился круг интересов (перестали заниматься любимым хобби, снизилась успеваемость), сменили место учебы, отказались от общения со старыми знакомыми (считали, что они обсуждают их). расстройство приспособительных реакций (адаптации) (F 43.2) - 8, проявляющееся различными по структуре и длительности депрессивными (F43.20 - — короткая депрессивная реакция, F43.21 - — пролонгированная депрессивная реакция) и тревожно-депрессивными расстройствами (F43.22). расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения(F43.24) – 2 - пренебрежение общепринятыми нормами поведения с элементами агрессии и аутоагрессии, из-за чего возникли серьезные проблемы в школе и с родителями. Клиническая картина соответствовала «синдрому травмы изнасилования» с острой, бурной симптоматикой, с затяжной реактивной депрессией с последующими суицидами, страхом повторения психотравмирующей ситуации, длительным отвращением к лицам мужского пола, в состоянии сильного алкогольного опьянения - амнезия. После получения информации (как правило, из социальных сетей), поведение пострадавших можно было оценить как условно адекватное, с превалированием желания скрыть произошедшее от родных. Развитие психических расстройств было связано с конфликтом в семье, необходимостью участия в следственных действиях и травлей в школе и соц. сетях. Аутоагрессивные действия у подростков носили в основном демонстративный характер. На первый план выступало «вытеснение» произошедшей ситуации, попытки «все забыть» и наладить новые отношения. Основные направления реабилитации: восстановление физического и психического здоровья потерпевших; профилактика развития психических расстройств на отдаленных этапах создание безопасной среды; восстановление утраченных в результате психотравмы мотивационных и эмоциональных ресурсов личности, а также навыков решения проблем и взаимодействия с окружающими, обеспечивающих интеграцию пациента в обществе; восстановление социального статуса потерпевших. Препараты, предпочтительно используемые в лечении психотравмы: экстракты и настойки лекарственных растений, обладающие седативным действием,

транквилизаторы, «малые нейролептики» и психотерапевтической и психологической реабилитации, с обеспечением безопасной среды с оказанием медицинской, юридической и экономической помощи, поддержанием социального функционирования потерпевших, с адаптацией потерпевших в социуме и социальное развитие. Психотерапевтическая и психологическая реабилитация проводилась с использованием поведенческой и когнитивно-поведенческой психотерапии. Однако, при выборе психотерапевтической стратегии работы с жертвами насилия, предпочтителен был определенный эклектизм- использование элементов различных психотерапевтических концепций, а также структурированность и ограниченность терапии по времени. Следует отметить, что дополнительной, но принципиально важной задачей специалиста по социальной работе, врача, психолога являлось обеспечение психологической самозащиты, позволяющей ему избежать манипуляций со стороны пострадавших и профессионального выгорания.

## **ВОПРОСЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМИССИЙ (ПМПК)**

**Новикова Г.Р.**

ФГБУ «НМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Частью 16 статьи 2 Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации" (от 29.12.2012 N 273-ФЗ) впервые в российской законодательной практике закреплено понятие "обучающийся с ограниченными возможностями здоровья" – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий. Итоговое заключение ПМПК оформляется на основании диагностических выводов отдельных специалистов психолого-педагогического и медицинского профиля. Включение врачей в состав комиссии осуществляется по согласованию с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения

или органом местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере здравоохранения.

ПМПК устанавливает наличие ОВЗ и потребность в создании специальных условий обучения и воспитания. Недостатки в психологическом развитии детей с ОВЗ квалифицируются в соответствии с типом дизонтогенеза (ретардация, асинхрония, дефицитарность) и наличия вторичных дизонтогенетических расстройств, осложняющих первичное нарушение (в виде задержки развития или умственной отсталости). При производстве экспертной оценки дизонтогенетических состояний сохраняет актуальность проблема взаимодействия психолого-педагогического и клинко-психопатологического знания в комплексной экспертизе задержанного психического развития (ЗПР).

Критерии, релевантные экспертной оценке, обозначены в федеральном государственном образовательном стандарте начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ФГОС НОО ОВЗ). Согласно ФГОС НОО, для детей с ЗПР разработана адаптированная образовательная программа (АОП) в двух вариантах, где конкретизированы условия получения образования учащимися с разной степенью выраженности ЗПР («уровень психофизического развития близкий возрастной норме» и «уровень психофизического развития несколько ниже возрастной нормы») и устойчивости форм адаптивного поведения (в виде школьной адаптации). Специфику предмета психолого-педагогической оценки в рамках ПМПК составляют данные о психическом развитии ребенка на основе сопоставления результатов диагностики с возрастными нормативами. Определяются обучаемость, когнитивное, социоэмоциональное, психомоторное и речевое развитие, сформированность предметной деятельности и академических компетенций, осведомленность. В собственно психологическом обследовании рекомендуется делать акцент на исследовании познавательной деятельности (состоянии ее актуального уровня, зоны ближайшего развития) и произвольной регуляции (в виде возможности удерживать инструкцию и программу выполняемого задания, способности к планированию последовательности действий, самоконтролю, ориентировке в новом материале).

Следует отметить, что сама по себе диагностика возрастного периода даже тогда, когда она выполнена методологически и методически корректно (учет всей совокупности личностных и интеллектуальных особенностей, взятых в единстве и динамике с социальной ситуацией развития) еще не дает ответа на вопрос о мере способности ребенка быть субъектом учения, субъектом педагогического процесса и образовательной деятельности. Кроме того, толкование вариантов ЗПР по степени отклонения реального уровня развития ребенка от возрастных стандартов («близкий возрастной норме», «несколько ниже возрастной нормы»), сужение функции психолога исследованием познавательной сферы ограничивают возможность сопоставления психолого-педагогических показателей отставания в психическом развитии с клиническими формами ЗПР.

Изучение состава сложной популяции детей с ЗПР с применением нейропсихологического метода позволяет систематизировать структурно-динамические закономерности дизонтогенетических расстройств, которые определяют динамику формирования высших психических функций (ВПФ) и реабилитационный потенциал, влияют на психопатологическое своеобразие клинической картины. С опорой на нейропсихологический синдромный анализ выделено два механизма структурно-динамических отклонений в рамках общего континуума состояний сформированности ВПФ. Первый вариант наиболее близок к норме и связан с замедлением темпа становления возрастной динамики нормального онтогенеза в виде нарушения процесса перехода к более сложным функциональным системам. Он включает легкие формы ретардации различной этиологии (конституциональной; в связи с негрубыми обменно-трофическими расстройствами во внутриутробном периоде или в первые годы жизни ребенка; с длительным психогенно-стрессовым воздействием, преимущественно различными формами семейной депривации). Второй вариант наблюдается при дизонтогенетических расстройствах по типу церебральной альтерации, в основе которых лежат ранние резидуальные церебральные органические состояния. Нейропсихологический профиль состоит из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций. Характер патологических связей,

связанных с органической предрасположенностью (в виде модально-неспецифических активационных и нейродинамических аспектов, отставания наиболее сложных форм межанализаторной интеграции, слабости регуляторных процессов в звене программирования) обуславливает стойкую несформированность ВПФ.

Однако реализация нейропсихологического подхода в комплексной экспертной оценке ЗПР и его дифференцированных форм вызывает затруднения: с одной стороны, время проведения обследования лимитировано регламентом ПМПК; с другой стороны, истощаемость психических процессов, общее ослабление корковой деятельности, которые сопровождают нейродинамические изменения при мозговых дисфункциях, ограничивают получение полной и достоверной информации для дачи заключения о клинико-психологической структуре отклонения.

В настоящее время понятие «задержка психического развития» утратило значимость в качестве медицинского (психиатрического) диагноза, но продолжает использоваться в психолого-педагогической науке и практике. В МКБ-10 на смену категории «ЗПР» пришли более обоснованные с научно-медицинской точки зрения и ориентированные на доказательную психиатрическую практику категории, относящиеся к «расстройствам психологического (психического) развития» (F80—F89), «эмоциональным расстройствам и расстройствам поведения, начинающимся обычно в детском и подростковом возрасте» (F90—F98). Наиболее типичными в работе ПМПК являются коды: «специфические расстройства развития учебных навыков» (F81), «эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста» (F93), «легкие когнитивные нарушения» (F06.7). В то же время психолого-педагогическое определение «задержка психического развития» традиционно распространяется на «слабовыраженные отклонения в психическом развитии», «легкие нарушения, имеющие характер дисфункций и легких повреждений», отличающиеся соотношением инфантилизма и недостаточностью познавательной деятельности.

Разница в психолого-педагогическом и клинико-психопатологическом подходах к объекту экспертной оценки искажает сходство и идентичность системы валидных критериев, нарушает

взаимное использование понятийно-терминологического аппарата и теоретических концепций — таким образом влияет на условия, определяющие возможность интегрирования разнородных диагностических выводов.

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРТНЫЕ МОДЕЛИ РЕТАРДИРОВАННОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБВИНЯЕМЫХ**

**Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д., Федонкина А.А.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Анализ практики комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ) несовершеннолетних обвиняемых свидетельствует о том, что основным проявлением социального неблагополучия таких подростков является ретардированное психическое развитие (Бадмаева В.Д., 2016). Это обусловлено множественностью причин его формирования, динамичностью происходящих изменений, разнообразием проявлений, вариативностью экспертных решений, что предполагает их глубокий междисциплинарный анализ. Перечисленными выше аспектами обусловлена актуальность исследования. Его целью стало выявление клиничко-психологических особенностей ретардированного психического развития несовершеннолетних обвиняемых и оценка их экспертного значения. Материалом послужили заключения КСППЭ 30 несовершеннолетних обвиняемых мужского пола, проходивших экспертизу в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Были выделены 127 клиничко-психологических параметров, которые были в дальнейшем подвергнуты статистической обработке.

Испытуемые были разделены на две группы. В первую вошли несовершеннолетние обвиняемые с выраженными психическими расстройствами, подпадавшие под критерии «невменяемости» (далее гр. 1), ( $n=24$ ). Средний возраст —  $16,5 \pm 1,3$  года. У подэкспертных были диагностированы органические психические расстройства (ОПР) с ретардированным психическим развитием. Во вторую группу были включены психически здоровые обвиняемые с отставанием в

психическом развитии, не связанным с психическим расстройством, в силу которого подросток «не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими» (ч.3 ст. 20 УК) (далее – гр. 2), (n=6). Средний возраст– 15,2±1,4 года.

Анализ показал, что у подростков гр. 1 отмечались два варианта осевых симптомокомплексов, отражающих ретардацию развития. В первом случае ведущий синдром в клинической картине был представлен органическим психофизическим инфантилизмом (n=16). При многоосевой диагностике задержки тотально проявлялись во всех аспектах развития несовершеннолетнего. В уголовно-релевантный период значительный вклад в противоправное поведение подростков внесли аномальные личностные черты неустойчивого и эмоционально-неустойчивого типа. Во втором варианте наблюдалась пограничная интеллектуальная недостаточность, при которой страдали предпосылки интеллектуальной деятельности. На первый план выступал псевдоолигофренический симптомокомплекс (энцефалопатический вариант психоорганического синдрома) (n=8). Кроме тотальной задержки развития у подэкспертных более глубокие нарушения проявлялись в когнитивной дефицитарности. Выраженные интеллектуально-мнестические расстройства сочетались с эмоционально-волевыми нарушениями, поведенческими девиациями с агрессивными и аутоагрессивными тенденциями, расстройствами сферы влечений, пароксизмальными проявлениями, дисфорическими состояниями. Аномальные личностные свойства у несовершеннолетних обвиняемых были представлены возбудимыми и неустойчивыми типами реагирования в равном соотношении. В основном правонарушения подростки совершали в группе и выступали в качестве исполнителей. Их поведение во время деликта характеризовалось инфантильной импульсивностью, отсутствием борьбы мотивов и внутренней переработки побуждений. Выраженная степень психической незрелости исключала у подростков возможность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими в период совершения правонарушения. Таким образом, клинико-психологический анализ позволил очертить уголовно-релевантный патопсихологический симптомокомплекс у несовершеннолетних обвиняемых с

ретардированным психическим развитием на органически неполноценной почве. Для них были значимы слабость сквозных процессов, сугубая конкретность мышления с несформированностью понятийного аппарата и низким уровнем абстракции, значительные трудности обучения, неспособность самостоятельного установления логических связей, непонимание условного смысла, существенно ограниченный уровень общей осведомленности. Также отмечались выраженные нарушения организации деятельности в целом, неразвитость самосознания, недифференцированность и поверхностность самооценки. Мотивационно-потребностная сфера характеризовалась преобладанием игровых интересов, слабой иерархизированностью и структурированностью мотивов, неразвитостью просоциальных установок. Подростки в своем поведении ориентировались, прежде всего, на собственные непосредственные желания и потребности. Кроме того, они были чрезвычайно зависимы от мнения референтной группы. Незрелость проявлялась в ведомости и конформности, а слабость волевых функций сочеталась с колебаниями эмоций. Эти нарушения приводили к существенному снижению уровня произвольной регуляции, нарушая критические и прогностические функции, лишали несовершеннолетнего в период совершения деликта способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Психологический анализ позволил определить характеристики, свойственные для несовершеннолетних обвиняемых с личностной незрелостью, в отношении которых квалифицирована ч. 3 ст. 20 УК РФ – гр.2. Для них был характерен достаточный интеллектуальный уровень и способность к удержанию относительно стабильной линии поведения при некоторых трудностях самостоятельной организации деятельности. Проявления личностной незрелости были парциальны и проявлялись преимущественно в поверхностности и облегченности суждений, развлекательной направленности интересов, склонности к непосредственной реализации внезапно возникших побуждений, трудностях конструктивного разрешения проблем и организации собственной деятельности, слабом прогнозе последствий собственных действий, некоторых трудностях волевого контроля, ориентации на мнение значимого окружения, некоторой ведомости, зависимости



поведения от внешних обстоятельств. В условиях внешней регламентации такие несовершеннолетние были способны учитывать в собственном поведении социальные нормы и правила. Подростки гр.2 также чаще всего совершали правонарушения в группе. Однако они занимали не только ведомую или равную позиции по отношению к другим участникам деликта. В единичных случаях, в основном группе младших по возрасту, они могли быть ситуационными лидерами. Таким образом, существенному влиянию психологических характеристик личностной незрелости на функции регуляции деятельности при совершении подростком с естественной личностной незрелостью правонарушения, с учетом ситуационных обстоятельств и преобладающей мотивационной направленности, может быть дана экспертная оценка в смысле применения ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Обобщенный анализ результатов показывает, что оценка ретардированного психического развития у несовершеннолетних обвиняемых является одной из сложных проблем судебно-экспертной практики (Дозорцева Е.Г., Федонкина А.А., 2013; Федонкина А.А., 2016). Многоаспектность, полиморфность симптоматики, зависимость от преобладания клинических и психологических факторов затрудняют соотнесение условно нормативных и аномальных форм задержек психического развития. Разные экспертные модели, при которых роль в обосновании экспертного вывода смещается от психиатра (ст. 21 УК РФ) к психологу (ч.3 ст.20 УК РФ), требуют междисциплинарного подхода и обуславливают необходимость проведения КСППЭ. Совместная деятельность экспертов психологов и психиатров позволяет всесторонне и полно проанализировать сведения об особенностях психического развития и актуального состояния несовершеннолетнего обвиняемого, что также делает результаты экспертизы более обоснованными и достоверными.

## **ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА, ВИДЕОИГР, ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ**

**Пережогин Л. О.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
drlev.ru@yandex.ru

Зависимость от персонального компьютера, видеоигр, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, известна более 20 лет, а в последние годы стала одной из актуальнейших проблем современной аддиктологии, однако это психическое расстройство не включено в МКБ-10, в DSM-V находится в специальном разделе, объединяющим состояния, требующие углубленного изучения и уточнения диагностических критериев. В то же время для этого рода зависимости характерны типичные признаки, общие для всех зависимых состояний, в том числе (1) влечение к взаимодействию с сетью интернет или устройствами – персональным компьютером, планшетным компьютером, мобильным телефоном; (2) утрата контроля за сетевой активностью или игрой, работой с мобильным устройством; (3) состояния, характерные для отмены (абстинентный синдром), отличающийся клинически дифференцированными особенностями течения у лиц, зависимость которых формировалась на фоне психического здоровья и различных групп патологических состояний; (4) рост толерантности, который проявляется в увеличении времени работы в сети и в изменении характера этой работы; (5) поглощенность сетевой активностью или играми, иными формами взаимодействия с персональным компьютером, планшетным компьютером, мобильным телефоном; (6) игнорирование последствий зависимого поведения, утрата критики к своему состоянию.

Диагностика зависимости от персонального компьютера, видеоигр, интернета и мобильных устройств при клиническом осмотре ребенка, чьи законные представители обращаются за помощью к психиатру (психотерапевту), не вызывает больших трудностей. В то же время куда большее значение имеет скрининговая диагностика, позволяющая выявлять детей с зависимостью во время массовых

обследований для последующего решения вопроса о направлении на консультацию к психиатру, а также выявление детей группы риска для немедленного осуществления профилактических мер. С этой целью отечественными исследователями разработана Шкала оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, построенная по феноменологическому принципу (феноменологический опросник). Данная шкала – инструмент скрининговой и предварительной диагностики, не подменяющая собой визита к врачу. С ее помощью невозможно установить достоверный клинический диагноз, она служит лишь для выявления детей и подростков, относящихся к группе риска по формированию зависимости от персонального компьютера, видеоигр, интернета и мобильных устройств, либо имеющих сформированную зависимость. Шкала не предназначена для самодиагностики! Отвечать на вопросы шкалы должны родители или другие близкие люди, хорошо знающие особенности поведения ребенка или подростка, внимательные и наблюдательные. Шкала не предназначена для диагностики взрослых, поскольку заложенные в ней клинические феномены аддиктивного поведения изучались на детях и подростках, а клиническая картина зависимости у взрослых и детей, как показывает опыт, может существенно различаться. В то же время сравнение показателей, полученных с помощью шкалы, с данными клинического осмотра, показало точность диагностических выводов на уровне 80%.

С целью профилактики и лечения зависимости от персонального компьютера, видеоигр, интернета и мобильных устройств отечественными исследователями разработана программа психотерапевтической помощи детям и подросткам с данным видом аддикции. На первом этапе (6 индивидуальных встреч) проводится обучение несовершеннолетних аутогенной тренировке 1 ступени. На первой встрече основное время уделяется обучению консолидации внимания и вызыванию чувства тепла и тяжести в конечностях и во всем теле. В качестве усиливающего компонента применяется техника прогрессивной мышечной релаксации. Вторая и третья встреча посвящены регуляции вегетативных проявлений (темп дыхания, сердечный ритм). На четвертой и пятой встрече большинство

подростков достигают состояния аутогенного погружения с высоким уровнем внутреннего контроля, активной концентрацией внимания, целенаправленным, сфокусированным на аспектах своего состояния мышлением, выраженной, глубокой релаксацией. В данном состоянии становилась возможной эффективная аутосуггестия, проводящаяся с использованием структурных элементов формулы аутогенной тренировки нейтрализующего (направленного на влечение к компьютеру и мобильным устройствам) и поддерживающего (направленного на сознательно выбранный ребенком тип активности) характера. На шестой встрече используются элементы аутогенной тренировки 2 ступени, в первую очередь – визуализация образов, связанных с позитивным мировосприятием. В заключение первого этапа терапии врачом совместно с ребенком (возможно – с привлечением родителей) анализируются дневниковые записи, составляется терапевтический договор (обязанности ребенка, желаемые результаты терапии). В случае успешного выполнения программы первого этапа дети включаются в терапевтическую группу, в рамках которой участники обсуждают свое текущее состояние, проговаривают свои переживания, сообщают об успехах и неудачах лечебного процесса, отчитываются о выполнении домашних заданий. В ходе терапии формируется диссоциация в структуре аддиктивной личности двух «Я»: одно «Я» – слабое, зависимое от компьютера, мобильного устройства, от игры, не знающее альтернативных форм работы с компьютером; другое «Я» – сильное, знающее цену своему слову, принявшее на себя ответственность, соблюдающее договор. Основная задача этого этапа по сути сводится к диссоциации «Я», в основе которой лежит трансформация «Эго-синтонической позиции» по отношению к зависимости в «Эго-дистоническую позицию», когда индивид может самостоятельно контролировать свое влечение, сознательно контролировать свое состояние и бороться с абстинентной симптоматикой. Особенно важным терапевтическим приемом являлась заимствованная из практики поведенческой терапии техника десенсибилизации «in sensu», мишенью работы по десенсибилизации были ситуации разлучения с персональным компьютером или мобильным устройством. После достижения состояния расслабления (подростки, освоившие аутогенную тренировку, легко достигают его за

1-2 минуты), пациенты вызывают (визуализируют) образы компьютера, мобильного устройства, сцены игр, детали интерфейса сетевых сервисов. Главная задача на данном этапе научиться наблюдать их без напряжения, без тревоги, без возбуждения – нейтрально и отстраненно. В случае возникновения тревоги, ажитации, пациент открывает глаза, снова достигает полного расслабления, снова визуализирует образ. В ряде случаев десенсибилизации необходимо подвергать целый ряд значимых образов, например «компьютер – включенный компьютер – запуск игры – типичные сцены игры (их может быть несколько) – победа в игре». Используются техники «пресыщения» in sensu. Как правило, в план работы группы включаются 1-2 поведенческих тренинга, направленных на отработку навыков установления межличностных отношений. По данным катамнеза, через полгода стойкая ремиссия формируется у подростков, обнаруживавших 1 стадию зависимости, в 89,5% случаев, у обнаруживавших вторую стадию зависимости – в 76,5% случаев. Причины рецидивов - стрессовые ситуации, ссоры с друзьями и партнерами, конфликты в школе и дома, значительно реже – длительная соматическая болезнь (вынужденная изоляция).

Таким образом, знание этиологии и патогенеза (общего для нехимических зависимостей), клинической картины и ее динамических особенностей, разработка и успешная реализация алгоритмов диагностики и терапии позволяют говорить о зависимости от персонального компьютера, видеоигр, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, как о самостоятельной нозологии, категориально близкой к гэмблингу (F63.0).

## **ОСОБЕННОСТИ ПАРААУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕРТВ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО ФИЗИЧЕСКОГО И СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ**

**Платонова Н.В., Марголина И.А.**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, [imargolina@mail.ru](mailto:imargolina@mail.ru)

**Актуальность.** Одними из наиболее значимых стрессорных факторов, искажающих психическое развитие, является пережитое в детстве пролонгированное физическое и сексуальное насилие и сопутствующее ему эмоциональное пренебрежение. Важным

механизмом нарушения психического развития в условиях физического и сексуального насилия является психическая депривация, то есть недостаточность стимуляции психических функций человека, которая в детском возрасте ведет к искажению формирования коммуникативной функции и привязанности вплоть до возникновения психопатологического состояния, напоминающего по ряду клинических признаков аутизм. Данное состояние обозначается как «психогенный аутизм» или парааутизм.

**Целью** исследования было изучение психопатологических проявлений парааутизма, наблюдающегося в условиях хронического внутрисемейного физического и сексуального насилия. **Материалом исследования** были дети, подвергшиеся физическому и сексуальному насилию внутри семьи (60 детей в возрасте от 2,5 до 14 лет из условий хронического физического насилия, 60 детей в возрасте от 2,5 до 13-ти лет, подвергшихся пролонгированному сексуальному насилию). Группу сравнения составили 50 детей с верифицированными диагнозами Детский аутизм (F84.0, F 84.02). **Методами исследования** психического и соматического состояния детей были общие для всех групп клинические (педиатрический, неврологический, клинко-психопатологический) и параклинические методы (патопсихологический, ЭЭГ). Для группы изучения последствий сексуального насилия требовалось обследование врачом-гинекологом, а в ряде случаев урологом и проктологом.

**Результаты и их обсуждение** Основными симптомами парааутизма, сближающими его с относительно благоприятно протекающими формами эндогенного аутизма, являются когнитивный дизонтогенез, эмоциональные нарушения, нарушения формирования коммуникативной функции, двигательные стереотипии. Каждый из этих симптомов присутствует в клинической картине последствий длительного внутрисемейного физического и сексуального насилия, но в том и другом случае имеются определенные, характерные для данного стрессорного фактора особенности.

Характерные для воздействия внутрисемейного физического насилия психические расстройства проявлялись неравномерной задержкой психического развития, эмоционально-волевыми нарушениями, патологическими привычными действиями,

расстройствами влечений, психопатоподобными расстройствами, ведущими к искажению формирования личности. Первыми возникали эмоциональные расстройства, носящие характер тревожной депрессии. Также, уже на первом году жизни у детей отмечались патологические привычные действия (сосание пальца, яктация), в совершении которых наблюдались охваченность и трудность переключения, свойственные нарушению влечений. В младшем дошкольном возрасте все более заметными становилось искажение формирования привязанности, ее парадоксальность, так как она возникала к лицу, от которого исходила постоянная угроза наказания. В старшем дошкольном и младшем школьном возрасте отмечалось нарушение формирования навыков общения и социального взаимодействия: дети часто держались отгорожено, но предпочитали общение с более сильными, часто обижающими их сверстниками. Тогда же начинали проявляться психопатоподобные расстройства: в дошкольном возрасте в виде агрессивных действий по отношению к игрушкам, домашним животным, по мере взросления к более слабым детям. Агрессия по отношению к слабым часто сопровождалась выражением удовольствия, то есть, возникала при участии агрессивно-садистического влечения. В подростковом возрасте аффективные нарушения носили характер дисфорической депрессии, патологические влечения реализовывались в асоциальных формах поведения (склонности к бродяжничеству, раннего начала курения, употребления алкогольных напитков). Таким образом, у детей- жертв физического насилия, отмечалась определенная дефицитарность когнитивной, эмоциональной сферы и коммуникативной функций в сочетании с патологией влечений. Коммуникативные нарушения, играли значительную роль в формировании искаженной личности, их выраженность позволяет говорить о парааутизме с определенной избирательностью контактов.

При хроническом внутрисемейном сексуальном насилии отмечались психические расстройства, характерные для данной психогении: неравномерная задержка психоречевого развития, эмоциональные нарушения сначала в виде депрессии, затем эмоционального уплощения, расторможенность сексуального влечения, сексуализированность поведения, а также аутизация и элементы деперсонализационных расстройств. Двигательные стереотипии также

имели место, но они носили характер навязчивых действий, как связанных с психотравмой, так и возникающих аутохтонно. По мере взросления детей происходило нарастание признаков патохарактерологического формирования личности преимущественно смешанного типа (истерошизоидные, истерозпилептоидные, а также астенические и эмоционально неустойчивые). При анализе последствий длительного воздействия фактора сексуального насилия отмечаются более выраженные, чем в случае воздействия фактора физического насилия, половые различия. У мальчиков более всего проявлялись нарушения поведения в виде конфликтности, агрессивности и повторения паттернов поведения насильника. У девочек в большей степени имели место эмоциональные нарушения, соматические/соматизированные расстройства и сексуализированное поведение. Значительную роль играло нарушение формирования привязанности, как и в случае физического насилия, формировалась особая, небезопасная, амбивалентная привязанность. В плане коммуникативных нарушений по сравнению с жертвами физического насилия жертвы сексуального насилия имели большую тенденцию к аутизации.

Меры оказания помощи детям с параутистическими расстройствами включали в себя лечебно-диагностические и психокоррекционные мероприятия, психолого-педагогическую работу, а также решение юридических и социальных вопросов. Лечебно-диагностические мероприятия были направлены на диагностику и, в случае необходимости, медикаментозное лечение соматических и психических нарушений. Во всех случаях была необходима психокоррекционная работа, направленная как на дезактуализацию переживаний ребенка, так и стимуляцию развития дефицитных психических функций, таких как эмоциональность, коммуникативность, навыки социального взаимодействия..

**Выводы.** Пролонгированное внутрисемейное физическое и сексуальное насилие с началом в раннем возрасте искажают психическое развитие ребенка, вызывая нарушения развития эмоциональной сферы, коммуникативной, когнитивной и ряда других психических функций, тем самым формируют состояние, сходное с эндогенным аутизмом и обозначенным, как парааутизм. Симптомы



парааутизма имеют определенные, характерные для данного стрессорного фактора особенности. В младшем возрасте, при своевременном лечебном и психолого-педагогическом вмешательстве парааутистические нарушения носят обратимый характер. В более старшем возрасте, при продолжении воздействия вышеуказанных стрессорных факторов, они становятся практически необратимыми. Меры оказания помощи должны быть комплексными и включать в себя лечебно-диагностические и психокоррекционные, а также социальные и юридические мероприятия.

## **СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ: ФАКТОРЫ РИСКА И ОБРАЩЕНИЕ ЗА ПОМОЩЬ**

**Резун Е.В.<sup>1</sup>, Риппинен Т.О.<sup>1</sup>, Семенова Н.Б.<sup>3</sup>, Лаптева Л.В.<sup>3</sup>, Слободская Е.Р.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>НИИ физиологии и фундаментальной медицины, Новосибирск

<sup>2</sup>Новосибирский государственный университет, Новосибирск.

<sup>3</sup>НИИ медицинских проблем Севера ФИЦ КНЦ СО РАН, Красноярск.

e-mail: hslob@physiol.ru

Суицид является одной из наиболее частых причин смерти в подростковом возрасте и второй по значимости причиной смерти девушек 15–19-лет (ВОЗ, 2018). Несмотря на отраженную в официальной российской статистике тенденцию к снижению количества самоубийств среди подростков, уровень завершенных суицидов остается проблемой, требующей особого внимания. Так в 2017 году в России было зарегистрировано 8,37 завершенных суицидов среди молодых людей 14-19 лет и 1,55 среди 10-14-летних на 100 000 соответствующего населения. Понимание факторов защиты и риска, как и своевременно оказанная специализированная помощь имеют важное значение в профилактике суицидального поведения. В связи с этим целью данного исследования являлось изучение связи суицидального поведения в подростковом возрасте с социо-демографическими факторами и широким спектром психических и поведенческих проблем, а также с потребностью в психологической помощи и обращением за

ней. Исследование проводилось в школах Новосибирска и Красноярска с помощью анонимных самоотчетов и охватило 1829 подростков (53% девушек) 12-17 лет. В семье с двумя биологическими родителями проживали 60% подростков, с одним родителем - 19%, с одним родным родителем и отчимом/мачехой - 17%, в семьях другого типа - 4%. Подавляющее большинство подростков (93%) указали в качестве родного языка русский, остальные отметили киргизский, узбекский, таджикский и другие языки. Был использован опросник, разработанный в рамках евразийского исследования психического здоровья детей и подростков (EACMHS, Sourander et al., 2018), включающий блоки о суицидальном поведении, употреблении психоактивных веществ, пищевом поведении и отношении к своему телу. Психическое здоровье изучали с помощью шкал опросника «Сильные стороны и трудности» (SDQ, Goodman, 2001), охватывающего проблемы с поведением, эмоциональные проблемы, гиперактивность/ невнимательность, проблемы со сверстниками и просоциальное поведение.

Мысли о самоубийстве за последние 6 месяцев отметили 22% подростков; о попытках самоубийства сообщили 6%, о неоднократном самоповреждающем поведении - 6% подростков. На все вопросы о суицидальном поведении положительные ответы чаще давали девушки. О суицидальной идеации подростки 16-17 лет сообщали чаще, чем 12-15-летние, частота многократного самоповреждения с возрастом не изменялась, а об однократном младшие подростки сообщали чаще (16%), чем старшие (8%). О приеме алкоголя сообщили 16% подростков, об употреблении никотина - 14%, о пробах наркотических веществ - 7%. Прогностическая модель, построенная с помощью структурных уравнений, объясняла 48% выраженности суицидального поведения (мыслей, попыток и самоповреждения) в изученной выборке и хорошо соответствовала эмпирическим данным (CFI = 0,968; RMSEA = 0,037). Наибольший вклад вносили употребление психоактивных веществ ( $\beta = 0,36$ ); интернальные проблемы ( $\beta = 0,23$ ) и экстернальные проблемы ( $\beta = 0,20$ ); неудовлетворенность своим телом ( $\beta = 0,08$ ) и проблемы со сном ( $\beta = 0,06$ ) также являлись факторами риска суицидального поведения. Национальность, тип семьи и профессия родителей не вносили статистически значимого вклада.

Об обращении за психологической помощью думали 34% подростков, тогда как обратилось всего 9%. Большая часть подростков (32%) искали помощи у родственников, 26% обращались к друзьям, к интернету и т. д., и только 3-5% обращались к специалистам. Среди подростков, отметивших самоповреждение, суицидальную идеацию или попытки суицида, думали о помощи со стороны в среднем 51% (46-54%), тогда как обращались за помощью только 17% (14-18%). В целом среди подростков, сообщивших об обращении за помощью в связи с психологическими проблемами, было 43% отметивших мысли о самоубийстве, 13% отметивших попытки самоубийства и 10% отметивших неоднократное самоповреждающее поведение.

Результаты проведенного исследования позволяют полагать, что такие факторы риска как употребление психоактивных веществ, интернальные и экстернальные проблемы психического здоровья имеют важное значение в профилактике суицидального поведения. Но для своевременного выявления имеющихся проблем с целью профилактики и коррекции необходимо дальнейшее изучение причин низкого уровня обращения за специализированной помощью и создание программ, направленных на устранение этой проблемы.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ**

**Рудакова Е.Н.**

ФГБОУ ВО "БГУ" имени Д.Банзарова, г. Улан-Удэ

[rudakova555@rambler.ru](mailto:rudakova555@rambler.ru)

(Грант ФГБОУ ВО "БГУ" имени Д.Банзарова №19-13-0502 «Комплексное исследование системы показателей безопасности личности в образовательном пространстве современной Бурятии»)

В связи со сложившейся статистикой случаев суицидального поведения несовершеннолетних в современной специальной литературе достаточное внимание уделяется различным психолого-педагогическим подходам к формированию факторов антисуицидального поведения у детей и подростков. Многие авторы предлагают программы по выявлению и коррекции личностных особенностей учащихся. В то же время усилия педагогов и психологов

бывают адресными чаще всего в отношении лиц с незавершенными попытками суицида. Превенция суицида предполагает обширную диагностику несовершеннолетних и адресное формирование актуальных навыков жизнеспособности.

С использованием информационного ресурса «Профконтур» (profkontur.com) проведено тестирование по методике А.А.Кучера, В.П. Костюкевич «Выявление суицидального риска у детей». Исследование аутоагрессивных тенденций проведено на базе общеобразовательных школ Республики Бурятия среди 5312 учащихся 6-11 классов в 2018 году. Тест, многократно проверенный на практике, предназначен для учащихся 5-11 классов. Выбор методического материала по выявлению факторов, формирующих суицидальные намерения, обусловлен направлением превентивных мер в целях повышения самооценки несовершеннолетних.

Высказывая типа «Выкормил змейку на свою шейку», «Собрался жить, да взял и помер», «От судьбы не уйдешь» и т.д. (всего 85) испытуемыми соотносятся с факторами суицидального риска. Преимуществом является тот факт, что цель методики для испытуемых преподносится в виде определения интеллектуальных способностей ребенка. Рассуждение над вопросами теста ведется опосредованно через интерпретацию смыслов жизни и смерти. Ключевые значения представлены с учетом половых и возрастных особенностей отдельно для мальчиков и девочек для 5-7, 8-9 и 10-11 классов. Индивидуальные и групповые формы проведения исследования расширяют возможности применения на практике.

В проведенном исследовании ранжирование факторов суицидального риска выявило преобладание проблем в отношениях с окружающими (27%), выраженность чувства неполноценности (9%), противоправные действия (7%), проблемы с деньгами (6%). Далее следуют по убыванию факторы - потеря смысла жизни, несчастная любовь, школьные проблемы, проблемы выбора жизненного пути, семейные неурядицы, алкоголь, наркотики. Фактор добровольного ухода из жизни сформирован у 2,8% несовершеннолетних. В приведенных данных отражены только наиболее явные проявления, требующие формирования антисуицидальных факторов. Картина значительно усугубляется, если расширить область внимания на

несовершеннолетних, требующих особое внимание. Наличие суицидального риска определяет результат, полученный по показателю «Добровольный уход из жизни», а результаты остальных показателей дают информацию о факторе, который способствует формированию суицидальных намерений. Возможности теста позволяют интерпретировать широкий спектр показателя «Добровольный уход из жизни». Так, при значениях, отклоняющихся в меньшую сторону от интерпретационных показателей, делается вывод о невысоком риске суицидального поведения. Но при этом можно судить о других факторах как о стрессогенных проблемах, влияющих на состояние психологического комфорта подростка.

В целом возможности методики позволяют:

1. Определить уровень суицидального риска у младших школьников, подростков и юношества;
2. Исследовать основные факторы формирования суицидального риска;
3. Выявить взаимосвязь между фактором добровольного ухода из жизни с другими показателями суицидального риска.
4. Сравнить и проанализировать данные по возрастным и половым признакам.

Полученные в результате тестирования «Выявление суицидального риска у детей» данные позволяют системно подходить к планированию и проведению мероприятий вторичной профилактики, выражающихся в оказании помощи в потенциально опасных по попытке суицида кризисных ситуациях (предотвращение возникновения попыток суицида в будущем).

В инструкции к тесту особо отмечается, что для раннего выявления признаков суицидального поведения особое значение имеют:

- учет перенесенных заболеваний или травмы мозга;
- влияние сложных отношений в семье на психику ребенка как дополнительного стресс-фактора;
- анализ причин повышения раздражительности, повышенной впечатлительности, появления робости, чувства собственной неполноценности, преувеличения своих недостатков, принижения успехов и достоинств.

Данная полупроективная методика определяет социально-психологическое отношение школьника к теме суицидов тактично, без явных акцентов. Такая необходимость вызвана требованиями первичной профилактики суицидов, связанными с уменьшением влияния предрасполагающих факторов суицидального поведения. Комплекс общих социально-психогигиенических мероприятий в целях предотвращения возникновения конкретной опасности совершения суицида предполагает возможное прекращение сообщений и упоминаний о самоубийствах, их видах и обстоятельствах.

Как показала практика, применение традиционных форм тестирования на бумажных носителях с последующей трудоемкой обработкой по ключам делает такую работу трудозатратной. В качестве решения такой задачи может быть предложено использование возможностей интернет-технологий. Раннее выявление признаков суицидального поведения в таком формате позволяет проанализировать в кратчайшие сроки суицидальные намерения уровня формирования антисуицидального фактора.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ СПЛОШНОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДДИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

**Русаковская О.А.<sup>1</sup>, Володенкова Е.А.<sup>2</sup>, Калинкина В.А.<sup>3</sup>,  
Ромашкина Н.В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

<sup>2</sup>Министерство здравоохранения Красноярского края, г. Красноярск

<sup>3</sup>КГБУЗ «Красноярский краевой ПНД №1»

rusakovskaya.o@serbsky.ru

В соответствии с Протоколом совещания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой по вопросу реформирования стационарных учреждений социального обслуживания, в августе 2019 г. нами был проведен сплошной осмотр детей – воспитанников трех ДДИ Красноярского края.

Всего был осмотрен 621 ребенок в возрасте от 3 до 18 лет. Средний возраст детей составлял 12,42, Med.: 13; Mod.: 17; Low.Quart.: 10; Upp.Quart.: 15; Std. Dev.: 3,58.

Оценивался общий психический статус, доступность контакту, уровень развития речи. В отделениях милосердия осмотр проводился в форме обхода. При осмотре детей младшего возраста использовались игрушки, картинки с изображениями различных предметов, цветные кубики. Детям давались простые инструкции, оценивалась способность включаться в игру. Дети старшего дошкольного и школьного возраста осматривались в ходе индивидуальной беседы. Для оценки актуального и потенциального уровня интеллектуальных возможностей использовались элементы патопсихологического исследования: понимание переносного смысла пословиц и известных метафор, нахождение общего и различий, исключение лишнего, кубики Косса в форме обучающего эксперимента А.Я. Ивановой. При необходимости оценивалась сформированность школьных навыков (знание букв, умение читать, считать).

Проведенный осмотр детей показал, что 134 ребенка нуждаются в проведении углубленного обследования и уточнении диагноза. У 10 детей диагноз необходимо было дифференцировать с расстройством аутистического спектра, у 4-х – с детским типом шизофрении. В подобных случаях одновременно с рекомендацией уточнения диагноза давалась рекомендация назначения ребенку показанной ему психофармакотерапии.

У 88 детей, имевших диагноз «Умственная отсталость умеренная», дифференциальный диагноз требовалось проводить не только с легкой умственной отсталостью, при которой возможности выбора образовательного маршрута ребенка значительно более широки, но и в 18 случаях – с задержкой психического развития вследствие социально-педагогической запущенности или со специфическими расстройствами развития учебных навыков. В большинстве случаев это были дети, поступившие в ДДИ в школьном возрасте из учреждений системы образования в связи с трудностями обучения или нарушениями поведения. В качестве примера приведем следующий случай. Мальчик 10 лет был вместе с младшими детьми изъят из социально неблагополучной семьи и определен в интернатное учреждение системы образования. Там в первую неделю проживания, в период адаптации, у него возник конфликт с воспитателем, после которого он испачкал калом ручки дверей в группе. Ребенок был

госпитализирован в психиатрическую больницу, после чего переведен в ДДИ с диагнозом «Умственная отсталость умеренная со значительными нарушениями поведения». При осмотре продуктивному контакту доступен, на вопросы отвечает развернутой фразой, в плане заданного. Правильно передает переносный смысл неизвестных ему ранее пословиц. На вопрос о том, зачем, когда топят печку, открывают заслонку, отвечает, что иначе можно «задохнуться», «угореть». На вопрос, какой газ при этом выделяется, неуверенно отвечает, что «угарный». Самостоятельно собирает фигуру из 9 кубиков Косса. Буквы знает, техника чтения грубо не соответствует возрасту. Считает с ошибками в пределах 100. Самостоятельно, после долгих уговоров, решает элементарное уравнение, сообщая, что «в школе этого не делал, потому что уроки прогуливал». Было дано заключение, что ребенок нуждается в изменении диагноза, индивидуальных занятиях с педагогом, направленных на ликвидацию пробелов в школьных знаниях, в учреждении находится необоснованно, нуждается в переводе в учреждение системы образования. Всего рекомендация перевода детей на иной образовательный маршрут была дана в 56 случаях. При этом основная проблема, на наш взгляд, заключается в том, что без предварительной кропотливой психолого-педагогической коррекционной работы такие дети не могут быть переведены на соответствующий их потенциальным возможностям образовательный маршрут. В то же время штатным расписанием учреждений необходимого для этого количества ставок не предусмотрено.

Всего рекомендация индивидуальных занятий с дефектологом или логопедом была дана 104 детям, чьи потенциальные возможности оценивались нами как более высокие в сравнении с актуальным уровнем познавательного развития.

В отношении 192 детей была дана рекомендация формирования у них практических бытовых навыков в рамках проекта «Тренировочные квартиры».

В ходе обследования было выявлено 15 детей с нарушениями зрения. Из них у 13 реабилитационный потенциал был расценен как высокий или неясный. Этим детям давалась рекомендация занятий с тифлопедагогом, наличие которого в учреждениях также не предусмотрено штатным расписанием. 4 детям, имеющим нарушения



слуха, с высоким и неясным реабилитационным потенциалом была дана рекомендация индивидуальных занятий с сурдопедагогом. В отношении 1 слепоглухонемого ребенка дошкольного возраста с высоким реабилитационным потенциалом была дана рекомендация рассмотреть вопрос о его скорейшем переводе в специализированное учреждение для слепоглухонемых детей.

Таким образом, проведенный нами сплошной осмотр воспитанников ДДИ позволил оценить количество и выделить детей с более высоким реабилитационным потенциалом, дать индивидуальные рекомендации по углубленному обследованию и проведению конкретных реабилитационных мероприятий, по уточнению и изменению диагноза, смене образовательного маршрута. В настоящее время эта работа ведется при курации главного детского психиатра Министерства здравоохранения Красноярского края.

## ОСОБЕННОСТИ МНЕНИЯ ДЕТЕЙ 10-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

**О.А. Русаковская<sup>1,2</sup>, О.Е. Чубарова<sup>2</sup>**

1НМИЦ ПН им. В.П. Сербского, 2МГППУ, Москва,  
rusakovskaya.o@serbsky.ru

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках  
научного проекта № 18-013-00921 А.*

Согласно ст. 57 Семейного кодекса, «ребенок вправе выражать свое мнение при решении в семье любого вопроса, затрагивающего его интересы, а также быть заслушанным в ходе любого судебного или административного разбирательства. Учет мнения ребенка, достигшего возраста десяти лет, обязателен, за исключением случаев, когда это противоречит его интересам». В то же время обоснованность установления формального возрастного порога в 10 лет как обязательного для учета мнения ребенка вызывает ряд вопросов

Цель настоящего исследования, выполненного в 2019г. в рамках дипломной работы на факультете юридической психологии МГППУ, - выявление особенностей мнения детей 10-летнего возраста по поводу неоднозначных с морально-нравственной точки зрения проблемных ситуаций.

Было обследовано 68 учащихся 4 класса общеобразовательной школы: 34 девочки и 34 мальчика. Методы исследования: составление рассказа по последовательным картинкам, «Дилеммы Л. Кольберга». При анализе результатов методики «Дилеммы Л. Кольберга», наряду с определением уровня и стадии морально-нравственного развития по Л. Кольбергу, оценивались такие содержательные параметры, как обращение к своему опыту, обращение к авторитету родителей или других значимых людей, обращение к каким-либо правилам. Кроме того, оценивались такие психолингвистические параметры ответов, как наличие внутренних предикатов, относящихся к родителю; к себе; к главному герою дилеммы; к другим героям; неагенные предложения. Результаты обрабатывались при помощи программы SPSS 17.0.

Согласно полученным результатам, дети 10-летнего возраста представляют собой неоднородную группу по способности анализировать ситуации, имеющие морально-нравственное значение, и по уровню развития морально-нравственного сознания. Большинство детей данного возраста находится на 3-й стадии конвенционального уровня развития нравственного сознания – руководство требованиями и правилами малой референтной группы.

Среди мальчиков больше как тех, которые не успешны в понимании скрытого морально-нравственного смысла ситуации, так и тех, которых на основании их суждений формально можно отнести к 4 стадии морально-нравственного развития. Однако, по нашему мнению, это не является показателем большей сознательности мальчиков, а связано с тем, что девочки, чаще опираясь на собственный опыт и больше рефлексирюя, более склонны учитывать в своих рассуждениях предполагаемые переживания другого. С другой стороны, именно в ответах девочек встречалось больше индикаторов 1-й доконвенциональной стадии морально-нравственного сознания по Кольбергу.

И мальчики, и девочки редко апеллировали к родительскому опыту и редко использовали внутренние предикаты, относящиеся к родителям, что, по нашему мнению, может свидетельствовать о происходящей в данном возрасте эмансипации детей и уменьшении роли родителей как референтной группы.

Были выявлены значительные различия между детьми 9,5 - 11 - летнего возраста в оценке ситуаций, имеющих скрытое морально-нравственное значение, и ситуаций, предполагающих морально-нравственный выбор.

По нашему мнению, учет этих данных будет способствовать более дифференцированной оценке мнения ребенка при проведении комплексных психолого-психиатрических экспертиз в гражданских спорах об определении места жительства детей при раздельном проживании родителей.

## **ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Северный А.А., Шевченко Ю.С.**

ФГБНУ НЦПЗ, РМАНПО (Москва), [acpp@inbox.ru](mailto:acpp@inbox.ru)

Психическим здоровьем подрастающего поколения должны заниматься не только «Центры охраны психического здоровья детей и подростков», на деле остающиеся по сути все теми же психиатрическими больницами и диспансерами «ухудшенного советского покроя», до которых доходят в основном тяжелые душевнобольные, глубоко умственно отсталые и социально опасные пациенты. Декларируемая на всех уровнях интеграция педиатрии в целом (а не только детской психиатрии), психологии, педагогики и социальной службы до сих пор не реализована на организационном межведомственном уровне, что создает ситуацию «У семи нянек дитя без глаза».

Основная объективная причина того, что служба детского психического здоровья в России остается неэффективной, – не только неадекватная система ее организации как «придатка» общей психиатрии и соответственно финансирования по остаточному принципу, но и отсутствие целостной системы охраны прав ребенка и семьи. Основная субъективная причина – стремление тех, кто должен создать эту систему, урвать, чтобы выжить, побольше из того, что еще осталось, – для себя, своего коллектива, департамента, министерства. Умом все понимают, что от здоровья детей и подростков зависит

будущее страны и для этого нужно объединить усилия, но в заботе о сегодняшнем дне все конкурируют: детские неврологи в «борьбе за пациента», не удовлетворившись эпилепсией, активно перехватывают детей с СДВГ, психосоматическим расстройствам, психологи в борьбе за клиентуру «ставят диагнозы» и «лечат» явно психически больных детей и «в борьбе за гранты» собирают конференции по раннему детскому аутизму в отсутствие ведущих детских психиатров; в «борьбе за курсанта» общие кафедры усовершенствования проводят циклы по детской психиатрии, не имея для этого профессиональных оснований; «в борьбе за экономию» главные врачи, направляя сотрудников на учебу, не освобождают их от ведения больных; «в борьбе за приоритеты» Минздрав и Минобр никак не договорятся о совместных программах по подготовке клинических психологов и психотерапевтов, в «борьбе за статус» ВАК придумывает все новые и новые циркуляры, формализующие и выхолащивающие труд ученых и т. д. и т. п. Наконец, деградация уровня помощи работающими в детской психиатрии неизбежно прогрессирует на протяжении более чем 20 лет из-за отсутствия номенклатурной специальности детского психиатра и соответственно обязательной системы подготовки и повышения квалификации детских психиатров. Приходится говорить и о косной системе внедрения современных психотропных препаратов в практику детской психиатрии, что блокирует применение подавляющего большинства их в интересах больных детей. Зато система готова отправлять в тюрьму мать, пытающуюся обойти формальные рамки, спасая своего ребенка.

В то же время и при настоящем дефиците средств можно создать действенную службу детского психического здоровья, если к этому подойти с учетом объективного состояния дел и российского менталитета. Существуют проблемы детского психического здоровья, для решения которых требуется участие законодательной власти. Речь идет о внесении изменений в действующий «Закон о психиатрической помощи...», касающейся как «детских» вопросов самой психиатрической помощи, так и «до-психиатрических» и «пост-психиатрических» аспектов детского психического здоровья (образование, социальное обеспечение, реабилитация, трудоустройство, юридическая защищенность и пр.), а также

законодательного обеспечения решения вопросов, нижележащих уровням организационной «пирамиды». Разработка соответствующих положений является задачей организуемого ФЕДЕРАЛЬНОГО НАУЧНОГО И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТСТВА (возможно, в структуре службы Федерального уполномоченного по правам ребенка в РФ), непосредственными членами Совета которого должны являться ведущие сотрудники научных, образовательных учреждений, руководители профессиональных сообществ и общественных организаций, работающих в сфере детского психического здоровья, а также «главные специалисты» по детству соответствующих ведомств. Двойная «подчиненность» последних позволит им более независимо доводить до сведения собственных министров мнения Совета.

Оптимальной альтернативой изменений в действующий Закон о психиатрической помощи может быть подготовка «Закона о сохранении психического здоровья детей и подростков», включающего помимо собственно медицинского (психиатрического) аспекта нормирование деятельности региональных/муниципальных комплексных многопрофильных детско-подростковых психолого-медико-социальных центров, выполняющих в том числе функции кризисных центров, центров семейной терапии. Закон должен предусматривать:

1. Создание нормативно-правовой базы привлечения детских психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов, специалистов органов опеки, социальных педагогов, социологов к подготовке законопроектов и проектов подзаконных нормативно-правовых ведомственных (межведомственных) документов в части, касающейся проблем охраны психического здоровья и психосоциальной адаптации ребенка и семьи, их участие в экспертной оценке данных актов с точки зрения влияния на психическое здоровье и психосоциальную адаптацию ребенка и семьи.

2. Восстановление номенклатурной специальности детского психиатра (нарколога) с усовершенствованием системы профессионального образования и сертифицирования, отвечающей современным научно-организационным требованиям, с одновременным запретом сертифицирования и лицензирования в коррекционно-лечебной и экспертной сфере детско-подростковой психиатрии врачей,

не прошедших соответствующей обязательной базовой специализации.

3. Узаконивание практики комплексной подготовки специалистов службы детского психического здоровья, их профессионального усовершенствования в государственных образовательных учреждениях на бюджетной основе (т. е. бесплатно для самих обучающихся) вне зависимости от их ведомственной подчиненности. Иными словами, бюджетник относящийся в одному министерству должен иметь право обучаться у бюджетных специалистов, подчиненных другому министерству **БЕСПЛАТНО**. Это позволит готовить необходимых профессионалов, не имеющих номенклатурного представительства: детских клинических психологов и нейропсихологов; детских и семейных психотерапевтов (включая атр-терапевтов); детских коррекционных и социальных педагогов и реабилитологов и т.д.

4. Усовершенствование нормативно-правовой базы и научно-методического обеспечения системы подготовки кадров, деятельности психолого-медико-педагогических комиссий для внедряемой системы интеграции в естественный социум (инклюзии) детей с особыми нуждами. Изменение нормативно-правового статуса ПМПК с введением их в структуру указанных выше центров.

5. Внесение коррекции в правовую основу рекламной и шоу-деятельности для создания нормативно-правовых рамок использования детей и подростков в рекламе и шоу-программах.

6. Нормативное обеспечение механизма профессиональной экспертизы и сертификации развивающей и игровой, в том числе компьютерной, продукции для детей и подростков, с тем чтобы предотвратить ее негативное воздействие на психологическое развитие и психическое здоровье.

7. Правовое нормирование проведения на федеральном уровне постоянных мониторингов и популяционных исследований состояния социально-психологического здоровья детей и молодежи.

8. Распространение моделей психологической и психотерапевтической помощи в учреждениях здравоохранения на всех этапах развития и социализации ребенка (в женских консультациях и родильных учреждениях, в педиатрических службах и т. п.) – с их научно-методическим обеспечением и системой подготовки соответствующих кадров.

9. Прекращение повсеместно распространившейся практики проведения без медицинских показаний «регулируемых» и форсируемых родов, сопровождаемых несомненным риском повреждения центральной нервной системы плода.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА**

**Селянина М.Н., Максимова Н.Е.**

ГБУЗ «Областной клинический психоневрологический диспансер»,  
г Тверь, mselyanina@mail.ru

В последние десятилетия в детской популяции отмечается неуклонный рост психических расстройств и инвалидности по психическим заболеваниям.

В 2010 году в условиях детско - подросткового амбулаторного отделения психоневрологического диспансера с целью ранней диагностики, лечения, проведения коррекционных мероприятий на самых ранних этапах возникновения заболевания, а также психопрофилактики психофизического и психоневрологического здоровья ребенка организована специализированная помощь детям раннего возраста, а также их родителям. На прием к психиатру родители с детьми раннего возраста направляются неврологами, педиатрами города или области, а также обращаются самостоятельно. В психокоррекционной работе используется бригадный метод ведения пациента. Психиатром совместно с другими специалистами составляется и осуществляется индивидуальный план реабилитации пациента. Успешно используется проведение индивидуальных и мини-групповых занятий в сенсорной комнате с детьми с 1 года. Курс от 10–30 коррекционных занятий с использованием игровой терапии, песочной терапии, сказкотерапии, арт-терапии, релаксационных техник. Проводятся занятия логопедом, занятия по логоритмике, под руководством социального работника проводятся занятия изобразительным творчеством, арт-терапия. Физиолечение включает в себя транскраниальную микрополяризацию (ТКМП), транскраниальную

битемпоральную магнитотерапию, лазеропунктуру, цветотерапию. Фармакотерапия назначается и реализуется под контролем врача-психиатра. С родителями проводятся психообразовательные, психотерапевтические беседы, тренинги, задача которых состоит в активном вовлечении родителей в терапевтический процесс, повышении мотивации к лечению, соблюдении врачебных предписаний с одновременным повышением ответственности родителей за результаты лечебно – реабилитационного процесса, а также оказании психологической помощи в оптимизации процесса адаптации всех членов семьи к психическому расстройству ребенка, с целью снижения стресса внутри семьи, эмоциональной напряженности родителей, снижении стигматизации.

В 2010 году под наблюдением находилось 224 ребенка в возрасте до 3 лет 11 месяцев, из них 24 ребенка с расстройствами аутистического спектра, 67 детей с задержкой психического развития, 25 детей с органическим поражением головного мозга, 73 ребенка со специфическими расстройствами речи, 5 детей с умственной отсталостью, 12 детей с расстройством адаптации, 12 детей с нарушениями в поведении и другой патологией. К 2017 году число детей раннего возраста с различной патологией увеличилось в 3,5 раза и составило 779 человек, из которых 74 ребенка с расстройствами аутистического спектра, 151 ребенок с задержкой психического развития, 68 детей с органическим поражением головного мозга, 431 ребенок со специфическими расстройствами речи, 13 детей с умственной отсталостью, 23 ребенка с расстройством адаптации, 13 детей с нарушениями в поведении и другой патологией. При этом соотношение числа девочек к числу мальчиков не меняется: было 1 : 2,2, стало 1 : 2,3.

Для определения вероятности развития психических отклонений важным является выявление риска возникновения психических расстройств и определения роли генетических, экзогенно-церебральных и психосоциальных факторов. За 7 лет проведен анализ выявления аутистических расстройств у детей раннего возраста. Число расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста за этот период увеличилось в 3 раза. За данный период диагноз был установлен в 187 случаях. Отмечена корреляция величины психической



болезненности с фактором пола. Выявлено мальчиков с РАС в 2,4 раза больше, чем девочек. В зависимости от возраста среди детей с РАС впервые диагноз выставлен до 2 лет 14 раз, с 2 до 3 лет в 149 случаях, в возрасте от 3 лет до 3 лет 11 месяцев – 24 случая. Наибольшее количество детей с РАС – в возрасте 2–3 лет. Выявлено, что мальчики более уязвимы и болеют чаще, чем девочки. Мальчиков с РАС в 2,4 раза больше по сравнению с девочками, с задержкой психического развития – в 4,9 раза, с органическим поражением головного мозга – в 1,5 раза. У детей с расстройством аутистического спектра прослеживается связь с наследственным фактором (31% детей имеют наследственную отягощенность по психическим расстройствам). Отмечается подъем психической болезненности в критические периоды раннего возраста – 16–18 месяцев второго года, 2,5–3 года. Провоцирующую роль в эти периоды играют внешние повреждающие неблагоприятные факторы: перемена образа жизни, инфекционные болезни, нарушение детско-родительских отношений, особенно материнской депривации (истинной и скрытой), в период антенатального и раннего постнатального онтогенеза (нежеланная беременность, нарушение материнского чувства), которые выступают не только как психогенный, но и как формообразующий ответную клиническую картину фактор, а также другие типы депривации – сенсорная, эмоциональная, когнитивная и др.

При проведении комплексной психокоррекционной работы специалистов у детей с РАС появился в разной степени эмоциональный, мануальный и зрительный контакт, отмечалось улучшение эмоционального и поведенческого статуса за счет снижения эмоциональной напряженности, агрессии, негативизма, отмечено улучшение познавательных процессов, понимания обращенной речи и выполнения инструкций, повышение интереса к окружающему. У детей с органическим поражением головного мозга, задержкой психо-речевого развития повысился познавательный интерес, улучшились навыки межличностного взаимодействия, отчетливо улучшилась крупная и мелкая моторика, расширяется активный и пассивный словарь, улучшились когнитивные функции– внимание, зрительная и слуховая память, отмечено развитие игровой деятельности, появлялись новые звуки и слова, при этом сама речь стала осмысленной и четкой,

улучшилось или появилось понимание обращенной к ним речи. У детей с гипердинамическим синдромом отмечено отчетливое развитие навыков саморегуляции. У детей с невротическими расстройствами отмечено снятие психоэмоционального напряжения, тревоги, развитие познавательных процессов, улучшение когнитивных функций.

Таким образом, организованная система оказания специализированной помощи детям раннего возраста совместно с комплексной работой бригады специалистов дает возможность на самых ранних этапах развития расстройств проводить диагностику, профилактические и реабилитационно-коррекционные мероприятия для предотвращения тяжелых дефектов и минимизации нарушений. В результате комплексной реабилитационной работы создается дальнейший маршрут медико-психолого-педагогических мероприятий по работе с ребенком внутри и вне семьи, разрабатывается консультативное сопровождение каждой семьи с последующими курсами реабилитации. Главной особенностью данного вида помощи является ее ранняя профилактическая направленность, в ряде случаев первичная, направленная на предотвращение развития психопатологии.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ**

**Семенова Н.Б.**

НИИ медицинских проблем Севера ФИЦ КНЦ СО РАН, Красноярск.  
e-mail:semenova-nadejda237@yandex.ru

Показатели суицида среди подростков коренных народов Сибири в несколько раз превышают показатели подростков некоренного населения. Такая ситуация характерна не только для России, но и для большинства колониальных стран – США, Канады, Австралии, Бразилии, Новой Зеландии и др. (Семенова, 2017). В настоящее время существует много объяснений данного социального явления, в числе которых, социально-экономические и клинические факторы риска.

Целью данного исследования явилось изучение социально-экономических и клинических факторов риска суицидального поведения у подростков коренных популяций Сибири. Исследование проводилось в четырех национальных субъектах РФ – Республике Саха (Якутия), Республике Тыва, Республике Алтай и в Агинском Бурятском округе – и включало оценку уровня жизни представителей коренного населения по основным социально-экономическим показателям регионов, социально-гигиенический анализ семей и изучение распространенности эмоциональных расстройств и отклонений в поведении у подростков. При проведении исследования использовались специально разработанные анкеты для изучения социально-гигиенического статуса семей; изучение эмоциональных расстройств и отклонений в поведении проводилось с использованием опросник Раттера для учителей (RTQ, Scale B). Всего обследована 1381 семья и 1797 подростков.

Уровень жизни населения, проживающего в национальных субъектах РФ, значительно ниже, чем в среднем по стране. Показатель безработицы составляет 10,8–12,0 % (по РФ – 5,5 %); доля населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума достигает 42,1 % (по РФ – 13,4 %); среднедушевые доходы населения ниже более чем в два раза. Представители коренных популяций составляют беднейшую часть населения национальных субъектов: показатель безработицы среди них доходит до 36,6 %, а доля семей, живущих за чертой бедности, – 78,3 %. Выявлены тесные корреляционные взаимосвязи между низким уровнем жизни и высокими показателями смертности от убийств и самоубийств. Наиболее информативным индикатором агрессивного и аутоагрессивного поведения является величина среднедушевых доходов населения, которая обратно пропорционально коррелирует с уровнем смертности от убийств ( $p < 0,05$ ) и самоубийств ( $p < 0,05$ ) как в национальных субъектах, так и в Российской Федерации в целом.

Распространенность психических нарушений среди якутов, эвенков и эвенков составила 16,3%, среди алтайцев 12,1%, среди агинских бурят 7,4%, среди тувинцев 29,2%. У мальчиков нарушения встречаются в 2-3 раза чаще, чем у девочек. В структуре психических расстройств на первое место выходят нарушения поведения, на второе – гиперкинетические расстройства, на третье – эмоциональные

расстройства. Более 45% детей и подростков с психическими расстройствами имеют коморбидные формы нарушений, которые являются прогностически неблагоприятным фактором для формирования суицидального и асоциального поведения, преступности, алкогольной и наркотической зависимости во взрослом возрасте (Mota, 2000). Наиболее неблагоприятными в прогностическом плане являются сочетания гиперкинетических расстройств с расстройствами поведения, что предсказывает дальнейшее нарушение социальной адаптации, в том числе риск асоциального поведения, преступности и склонности к алкоголизации (Pickles et al., 2001; Kumpulainen, 2000; Kumpulainen, 2002; Rutter, 2003). Корреляционный анализ показал тесную взаимосвязь нарушений интернального и экстернального поведения у подростков коренного населения Сибири с неполным составом семьи ( $r=0,53$ ;  $p=0,005$ ) и алкоголизацией родителей, особенно матери ( $r=0,53$ ;  $p=0,02$ ).

Полученные результаты указывают на то, что профилактические мероприятия по предупреждению самоубийств среди подростков коренного населения Сибири, в первую очередь, должны включать меры социального вмешательства на государственном уровне.

## **ВНЕДРЕНИЕ МОНИТОРИНГОВЫХ МЕР ПО ПРЕВЕНЦИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ И СУИЦИДА В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ УРФО**

**Сердюк О.В.**

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург, ovs03@mail.ru

В УрФО на протяжении длительного времени мониторинговые ведомственные и межведомственные меры по превенции кризисных состояний и суицида, в том числе в детской популяции, наиболее систематизировано внедряются в Свердловской (с 2009 г.) и Тюменской (с 2012 г.) областях, где в настоящее время утверждены и осуществляются передача информации от врачей различных специальностей участковым врачам психиатрам о пациентах с

суицидальным поведением; обратная связь от участковых врачей психиатров в областную психиатрическую больницу о результатах работы с такими пациентами; сбор данных в персонифицированном суицидальном регистре.

В остальных регионах УрФО есть различия в уровне внедрения мониторинговых превентивных мер. Повышение систематизированности данных мер отражается в снижении показателя завершённых суицидов несовершеннолетних по УрФО (в 2015 г. данный показатель составлял 2,2 на 100 тыс. несовершеннолетнего населения, в 2018 г. – 1,5).

### **Мониторинговые меры по превенции кризисных состояний и суицида несовершеннолетних Тюменской, Свердловской областей и УрФО**

Система выявления, регистрации и учета суицидальных действий организована в Тюмени в 2012 г. на базе центра суицидальной превенции ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница», в работе системы используется заполнение талонов. Целью является не только сбор достоверной статистической информации (суицидальный регистр), но и оказание своевременной специализированной помощи.

Результативность отражена в двукратном снижении показателя завершённых суицидов на 100 тыс. населения в Тюменской области за 5 лет (31,6 в 2012 г., 14,8 – в 2017 г.), в то время как в среднем по УрФО отмечается двукратное снижение данного показателя только за 10 лет (около 29,5 – в 2009 г., 14,2 – в 2018 г.).

В Тюменской области первый этап суицидологической помощи несовершеннолетним предусматривает заполнение и направление «талона первичной регистрации суицидальной попытки или суицида» в центр суицидальной превенции работниками скорой медицинской помощи и работниками всех медицинских организаций. В выявлении суицидальных действий участвуют также органы полиции, образовательные учреждения, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, другие ведомства. На втором этапе осуществляется оказание медицинской помощи в соматическом стационаре (при необходимости) и осмотр психиатром, который заполняет и передает в центр суицидальной превенции «талон уточнённой регистрации

суицидальной попытки или суицида», содержащий оценку состояния подростка и решение о дальнейшей помощи (психологическая помощь, лечение в психиатрическом стационаре или амбулаторное наблюдение в группе «суицидоопасных» несовершеннолетних).

Центр суицидальной превенции ежемесячно проводит:

- сверку суицидального регистра с данными областного бюро судебно-медицинской экспертизы, ГАУ ТО «МИАЦ»,
- заседания межведомственной комиссии по разбору случаев суицидов с целью выявления причин и условий суицидов среди несовершеннолетних, а также с целью совершенствования профилактики суицидов среди несовершеннолетних.

В Свердловской области с 2009 г. осуществляется мониторинг суицидальной активности населения (получение данных о суицидальных попытках от бригад СМП). С 2012 г. мониторинговые меры расширены до предоставления в организационно-методический консультативный отдел ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» (далее – ОМКО) информации об оказанной помощи несовершеннолетним, проявившим суицидальную активность и об особенностях постсуицидального периода, с 2017 г. данная информация предоставляется и по взрослым.

В настоящее время в Свердловской области при сотрудничестве с ВОЗ проводятся мероприятия в рамках пилотного проекта по применению ирландского опыта мониторинга суицидов, также используется опыт работы Тюменской области:

- проводится регистрация суицидальной активности во всех медицинских организациях посредством заполнения и предоставления в ОМКО «сигнальных листов о факте суицидальной попытки»,

- осуществляется переход от «консультативного» принципа к «активному диспансерному», подразумевающему в том числе активный выход врача психиатра к пациенту, совершившему суицидальную попытку и/или имеющему суицидальный риск, его осмотр и решение вопроса о дальнейшем оказании помощи с последующим заполнением «статистической карты лица, совершившего суицидальный акт» и передачей его в ОМКО,

- создана и пополняется персонифицированная база суицидентов,

- утверждена и проводится врачами различных специальностей стандартная операционная процедура «выявление факта суицидального поведения», благодаря которой подход к регистрации суицидальных попыток становится более унифицированным.

Полученные данные подвергаются анализу и интерпретации (распределение суицидальных мотивов, возрастные особенности и др.), что дает возможность для проведения более адресных организационных мер по профилактике суицидальной активности. Так в 2019 году в Свердловской области была выявлена неблагоприятная тенденция среди несовершеннолетних – повышение количества завершённых суицидов в 2 раза при одновременном снижении количества зарегистрированных суицидальных попыток. В этой связи был предпринят ряд мер, в том числе открытие Областного центра психологической поддержки детей и подростков на базе ГБУЗ СО «СОКПБ» и увеличение штата службы экстренной психологической помощи («Телефон доверия»). Из мониторинговых мер предприняты:

- подготовка межведомственного соглашения по вопросам предоставления информации о суицидальном поведении несовершеннолетних и профилактики суицидального поведения среди них,

- утверждение алгоритма оказания суицидологической помощи с четкими временными рамками проведения профилактических мероприятий (передача «сигнального листа о факте суицидальной попытки» участковому психиатру – в течение суток, выход психиатра к пациенту – в течение 3-х суток, заполнение и предоставление участковым психиатром «статистической карты лица, совершившего суицидальный акт» в ООМКО – в течение 5-ти суток, повторное предоставление участковым психиатром статистической карты по мере осуществления лечебно-реабилитационных мер – не позднее 3-х месяцев).

Такой подход обеспечивает преемственность оказания кризисной и суицидологической помощи, расширяет возможности для анализа актуальных региональных особенностей суицидального поведения, в том числе несовершеннолетних, что может быть использовано в дальнейшем совершенствовании организации кризисной и суицидологической помощи.

## **Выводы**

В целом по УрФО налажены ведомственные и межведомственные мероприятия по превенции кризисных состояний и суицида, в том числе в детской популяции. Ведется эпидемиологический мониторинг суицидальной активности населения, данные используются в дальнейшем совершенствовании организации кризисной и суицидологической помощи. В УрФО отмечается тенденция к снижению числа суицидов и суицидальных попыток несовершеннолетних. Отмечается связь этого снижения с проводимыми организационно-профилактическими мероприятиями, что говорит о целесообразности их расширения для повышения преемственности оказания кризисной и суицидологической помощи, в том числе в детской популяции.

## **ОПЫТ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**Сойникова М.Е., Иванов П.А., Евстафьева И.Б.**

*Республиканский центр для лечения детей с тяжелыми нарушениями речи и других высших психических функций ГБУЗ Детская республиканская больница, г.Петрозаводск*

[mariasoyn@gmail.com](mailto:mariasoyn@gmail.com)

Рост распространенности расстройств аутистического спектра обуславливает актуальность организации эффективных методов помощи данному контингенту пациентов. Сложность симптомокомплекса аутистического расстройства, затрагивающего разнообразные сферы функционирования индивида (когнитивную, поведенческую, аффективную, коммуникативную, социальную) предполагает необходимость комплексного подхода к коррекции расстройств аутистического спектра.

На базе Республиканского Центра для лечения детей с тяжелыми нарушениями речи и других высших психических функций ГБУЗ РК Детская республиканская больница оказывается помощь детям с психическими расстройствами (в том числе пациентам с РАС) в возрасте от 2 до 18 лет. Помощь осуществляется



мультипрофессиональной бригадой в составе психиатра, невролога, медицинского психолога, логопеда, социального педагога. Доступ к широкому спектру диагностических возможностей, имеющихся в ГБУЗ РК ДРБ, позволяет осуществлять полное разностороннее обследование пациентов, дает возможность привлечения других специалистов при наличии сопутствующей патологии;

С 2009 по 2018 г в Центре пролечено 871 пациентов с РАС. Данный показатель отражает количество пациентов как с впервые установленным диагнозом, так и повторные госпитализации. Впервые диагноз РАС, за анализируемый период, был установлен 126 пациентам. Среди них 14 пациентов (11,1%) с классическим вариантом Раннего детского аутизма, 6 пациентов (4,7%) с синдромом Аспергера, 21 пациент (16,6%) с атипичным аутизмом, 2 пациента (1,6%) с синдромом Ретта, 3 пациента (2,3%) с дезинтегративным расстройством детского возраста. Наибольшую группу составили пациенты с аутистиподобными нарушениями при органических поражениях ЦНС и других формах патологии – 80 пациентов (63.7%).

Помощь пациентам Центра оказывается как в условиях круглосуточного, так и дневного стационара. Соблюдается принцип совместного пребывания родителя и ребенка, что значительно улучшает качество оказываемой помощи.

Всем пациентам проводится детальное обследование психического статуса, оценка особенностей соматического и неврологического статусов, характера их соотношения с ведущей психопатологической картиной. Внедряется дименсионный подход в диагностике и динамическом контроле с использованием оценочных шкал CARS, CHAT, WISC и др. Осуществляется подбор адекватного и максимально индивидуализированного медикаментозного и физиотерапевтического лечения, объема коррекционных занятий.

В фармакотерапии имеется возможность использовать широкий арсенал нейропротекторов, витаминов, нейролептиков, антидепрессантов и других групп препаратов.

Коррекционная работа строится сугубо индивидуально, с учетом особенностей каждого пациента. В коррекционной работе специалисты центра применяют методы когнитивно- поведенческой терапии, арт-терапии, телесно-ориентированной и игровой терапии,

биоэнергопластики, метод альтернативной коммуникации с помощью карточек PECS

Проводятся индивидуальные и групповые коррекционные логопедические занятия, направленные на формирование словарного запаса, развитие слухового внимания, фонематического и речевого слуха.

Родители пациентов обучаются психолого-педагогическим приемам, повышающим эффективность взаимодействия с ребенком; получают социально-психологическую поддержку.

Такая комплексная помощь пациентам с расстройствами аутистического спектра позволяет достичь положительных результатов. Анализ катамнеза 84 пациентов, получивших несколько курсов восстановительного лечения в Центре патологии речи и других высших психических функций, позволил выявить улучшение разной степени выраженности в эмоциональной, когнитивной, коммуникативной, поведенческой сферах у 71 ребенка (84,5%). Оценка осуществлялась с применением клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов (WISC, CARS).

Очевидно, что дети, страдающие расстройствами аутистического спектра, нуждаются в систематической, длительной мультимодальной помощи. Сочетание адекватной психофармакотерапии и регулярной психолого-педагогической коррекции позволяют добиться устойчивой положительной динамики у подавляющего большинства пациентов с расстройствами аутистического спектра.

## **РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАС У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Соколова Н.Н., Сабирова Н.Г., Андреев М.К.**

ГБУЗ АО «ОКПБ», кафедра психиатрии ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ»  
г.Астрахань, nadezda.nik51@mail.ru

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой группу комплексных нарушений (искажений) психического развития, характеризующихся отсутствием способности к общению,

социальному взаимодействию и стереотипностью поведения, приводящих к социальной дезадаптации. Проблема расстройств аутистического спектра в настоящее время является одной из наиболее актуальных в детской психиатрии, специальной психологии и коррекционной педагогике. Актуальность ее связана не только с высокой частотой распространенности в детской популяции (от 5 до 20 на 10 000 детей, в среднем 1%), но и с трудностями первичной и дифференциальной диагностики, тяжестью нарушений и большим процентом инвалидизации с детства. Организация медицинской, коррекционной помощи и реабилитации пациенту с РАС является межведомственным вопросом. Данный пациент является объектом внимания врачей-психиатров, психологов, логопедов-дефектологов, педагогов, воспитателей и реабилитологов. Только комплексный подход: медицинская и психолого-педагогическая коррекция поможет смягчить выраженность психических и поведенческих расстройств у детей с РАС и максимально адаптировать их в обществе.

В Астраханской области (АО) более 10 лет внедрена в практику региональная информационно-аналитическая система для пациентов, страдающих психическими и поведенческими расстройствами (на основе единого электронного регистра пациентов), которая позволила провести анализ заболеваемости РАС за период 2014-2017 гг. Следует отметить, что в связи с изменением учетно-отчетных форм №№ 36 и 10 (приказ Росстата от 30.06.2014г №459) появилась возможность мониторинга ситуации по РАС в регионах и РФ в целом.

В АО динамика зарегистрированных случаев РАС, как и во многих регионах РФ, характеризуется устойчивым ростом. В 2014 году в АО у врачей-психиатров наблюдалось 156 детей с РАС, что составило 8,6 на 10 000 детского населения. По итогам 2017 г. детей, с данным расстройством, стало 232 человека (11,8 на 10000). Прирост составил более 37%.

Динамика показателя первичной заболеваемости была неравномерной: рост показателя в 2015 году с 0,9 до 1,3 и снижение его в 2017 года до 0,5 (на 10000 детского населения). Первичная случаи реже диагностировались в сельских районах АО. Причинами подобной изменчивости показателя несколько: кадровые - недостаток детских врачей-психиатров, детских неврологов, логопедов; информационные -

не достаточная осведомленность врачей-педиатров, родителей и их заинтересованность в решении проблем РАС; финансовые - невозможность приехать в областной центр для обследования ребенка (удаленность районных центров от Астрахани достигает 300 км). Географические особенности региона делают еще более актуальной проблему превентивной диагностики детей с РАС.

Следует отметить заметное улучшение качества первичной и дифференциальной диагностики РАС у детей в регионе, благодаря включению подобных вопросов в тематику циклов по переподготовке детских врачей-психиатров и методические подходы к их организации, изложенные Симашковой Н.В., Макушкиным Е.В., 2015. Единый клинический подход к диагностике РАС, наблюдение в динамике за состоянием пациентов, оценка катамнеза «повзрослевших аутистов», накопленный клинический опыт позволяют детским психиатрам более четко дифференцировать РАС с атипичными формами умственной отсталости, алалией и детским типом шизофрении.

Таким образом, расстройство аутистического спектра является одной из актуальных проблем детской психиатрии. Персонифицированный учет всех пациентов с РАС в регионе, создание условий для превентивной диагностики РАС, своевременная (превентивная) и точная дифференциальная диагностика РАС, проведение динамического анализа первичной заболеваемости, накопление клинического опыта в результате наблюдения за пациентами, целенаправленный сбор катамнестических сведений позволит достаточно объективно оценить ситуацию по этой проблеме на региональном и федеральном уровне.

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ИНЦЕСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Спадерова Н.Н., Родяшин Е.В., Горохова О.В.,  
Кулеватов Г.В., Гач Т.Б., Волкова Ю.В.

ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»,  
г. Тюмень, [nadejda.spadero@yandex.ru](mailto:nadejda.spadero@yandex.ru), [tokpb@med-to.ru](mailto:tokpb@med-to.ru)

Инцест (интимные отношения между членами одной и той же семьи) является наиболее скрытой формой сексуального насилия в отношении детей. Информация об инцестных отношениях обычно замалчивается, подчас является «табу в семье» и часто обнаруживается при осмотре врачами интернистами, школьными психологами или социальными работниками детей с телесными повреждениями, неоднократными суицидальными попытками, нарушениями в поведении или психосоматическими расстройствами. Достоверных статистических сведений о расследовании уголовных дел по данной категории сексуальных правонарушений в отношении детей в РФ за последние 5 лет не имеется. По результатам отечественных и зарубежных научных исследований, сексуальные посягательства негативно (дезорганизирующе) влияют на жизнедеятельность ребенка в целом, изменяя его самооценку, развитие и характер будущих межличностных, семейных и партнерских отношений, нередко приводят к развитию психических расстройств или декомпенсации уже имеющихся. Некоторые из них возникают у ребенка непосредственно после совершенного сексуального преступления, другие становятся явными по мере его развития, а третьи могут проявиться через много лет. Поэтому своевременное выявление жертв сексуальных, в том числе инцестных форм насилия, грамотное психологическое сопровождение несовершеннолетних потерпевших в период судебно-следственных действий, своевременная и квалифицированная медицинская реабилитация является важной и актуальной проблемой национального масштаба для сохранения психического здоровья будущего поколения.

Цель исследования. Анализ по результатам медицинской реабилитации детей, пострадавших от инцестных отношений (ст. ст.131, 132, 135 УК РФ) в период 2016-2018гг.

Материал исследования. Обследованы 251 несовершеннолетних потерпевших по уголовным делам, возбужденным по ст.ст. 131 (изнасилование), 132 (насильственные действия сексуального характера), 135 (развратные действия) УК РФ. Малолетние потерпевшие (до 12 лет) – 115 человек (45,82%), из них жертвы инцестных отношений - 36 человек (31,30%): девочек (n=27; 75%) и мальчиков (n=9; 25%). Все исследуемые прошли комплексную судебную психолого-психиатрическую, сексолого-психолого-психиатрическую экспертизу (КСППЭ, КСПСПЭ).

Результаты и обсуждение. Исследование показало, что обвиняемыми чаще являлись отцы, братья, отчимы и деды потерпевших. Сексуальные действия начинались как правило в малолетнем возрасте потерпевших (с 6–12 лет) и нередко принимали характер длительного сожительства, порой в сочетании с другими формами жестокого и небрежного отношения. Об инцестных действиях нередко знали члены семьи (мать, сестры, бабушки), которые в дальнейшем препятствовали проведению следственных действий и настаивали на смене показаний потерпевшими. В данном случае ребенок оказывался в состоянии многоуровневого стресса: 1) длительное сексуальное насилие, совершаемое близким человеком, который должен был защищать и оберегать его; 2) судебно-следственная ситуация, когда потерпевшему ребенку приходилось повторно переживать психотравму; 3) «предательство родственников» (чаще матери), которая обычно знала о совершающемся преступлении в отношении её ребенка и не препятствовала, т.к. преступник нередко являлся основным финансовым источником; 4) оказание психологического, а иногда физического давления в ходе следственных действий матерью на потерпевшего ребенка, с целью изменить показания, в пользу насильника, сообщить о ложном доносе; 5) отрицательная репутация в обществе, с осуждением со стороны окружающих (соседей, учителей, одноклассников, друзей и т.д.), что приводило к социальной изоляции потерпевшего; 6) испытание потерпевшими чувства вины, что их поведение явилось

провоцирующим фактором для насилия. Такая ситуация для социально и психологически незащищенных детей являлась сверхсильным психогенно травмирующим фактором.

Анализ материала показал, что при длительном инцестном отношении, с раннего возраста потерпевших, у них возникали как слабоочерченные, так и клинически очерченные психические расстройства с определенной динамикой. При психолого-психиатрическом освидетельствовании у малолетних жертв инцеста диагностировались «Смешанные специфические расстройства развития» (F83) - 16,6%, «Нарушения психологического (психического) развития. Специфические расстройства развития речи» (F80) - 11,1%, «Расстройство адаптации. Смешанное расстройство поведения и эмоций» (F43.25) - 8,3%, «Тревожно-депрессивный синдром» на фоне «Органического непсихотического расстройства» (F06.828) - 5,5%, «Умственная отсталость легкой степени» (F70.8) - 5,5%. У 53,0% малолетних потерпевших не было обнаружено клинически очерченных психических расстройств, однако у них выявлялись неочерченные (донозологические) психические нарушения в виде субдепрессивных, тревожных, фобических состояний. Индивидуально-психологические особенности характеризовались эмоционально-личностной незрелостью, инфантильностью, ограничением кругозора, незрелостью мотивационно-волевой и личностной сфер, развитием личности по невротическому и тревожному типу. Комплексной экспертной комиссией всем потерпевшим рекомендовалось проведение медико-психологической реабилитации. В Тюменской области в рамках соглашения по межведомственному взаимодействию в вопросах совершенствования нормативно-правовой базы в сфере защиты прав и законных интересов несовершеннолетних осуществляется деятельность по психологической поддержке потерпевших, жертв сексуального насилия. Данная работа ведется сотрудниками АУ СОНТО и ДПО «Региональный социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Семья» при выявлении любого случая сексуального насилия в отношении несовершеннолетнего и проводится на всех этапах судебно-следственных действий (допросах, выездах на место происшествия, опознании преступника, очных ставках, выход в суд и др.). По данным Центра информацию об инцестных действиях

получают как от самого ребенка при психологической консультации (обращении родителей с жалобами на энкопрез, энурез, заикание, тики), так и от иных лиц (матери, бабушки, знакомых), сотрудников следственного комитета, при обращении к дежурному психологу в службу «Телефон доверия». Как показывает практика, лишь 30% законных представителей несовершеннолетних потерпевших дают согласие на проведение им медико-психологической коррекции.

Медицинская реабилитация детям, жертвам инцестных действий осуществляется в ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» в 5 отделениях: 1) детское психоневрологическое отделение; 2) центр развития речи; 3) дневной стационар; 4) стационарное отделение (грубые психические расстройства, суицидальные попытки); 5) медико-реабилитационное отделение. Используется бригадный метод (врач-психиатр, медицинский психолог, врач-психотерапевт, социальный работник), с соблюдением этапности, непрерывности и преемственности. Превалирующим видом психокоррекционной работы с детьми, направленным на стабилизацию психоэмоционального состояния является групповая психотерапия, включающая: психодинамическую психотерапию (создание атмосферы поддержки и доверия, формирование новых способов поведения в ситуациях насилия); ролевой тренинг (отработка ролевых ситуаций в общении со взрослыми и сверстниками, с целью изменения роли «жертвы»); тренинг общения (формирование конструктивного общения, партнерских способов решения жизненных ситуаций, способов социально-психологической адаптации в различных условиях); телесно-ориентированная терапия; терапия творческим самовыражением (рисунки, лепка, танец); игровая психотерапия. По данным катмнеза (продолжительностью от 1 до 2 лет) у 44,4% детей наблюдалось выздоровление, значительное улучшение у 33,3% малолетних и улучшение у 22,3% лиц.

Выводы. Сексуальное насилие инцестуозного характера совершалось по отношению к каждому 4 ребенку из числа малолетних потерпевших, прошедших КСППЭ и КСПСПЭ за последние 3 года, по уголовным делам, возбужденным против половой неприкосновенности и половой свободы личности. Дети находятся в состоянии многоуровневого стресса и являются социально и психологически



беззащитными, у них не сформированы компринговые стратегии, следовательно, они нуждаются в психологическом сопровождении на протяжении всего периода судебно-следственных действий и дальнейшей медицинской реабилитации. Проведение своевременных, квалифицированных реабилитационных мероприятий при сексуальном насилии, в том числе инцестуозного характера потерпевшим детям являются достаточно эффективными. Однако, требуется дальнейшее усовершенствование законодательной базы в области медико-психологической реабилитации малолетних жертв преступлений на междисциплинарном уровне: правоохранительные органы (МВД, Следственный комитет РФ), департаменты социальной защиты населения, образования и здравоохранения.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

**Ступина О.П., Бунина М.В., Сахаров А.В., Колчанова Т.Г.**

Государственное казенное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», Чита  
glstupina@yandex.ru

Забайкальский край — субъект Российской Федерации, входит в состав Дальневосточного федерального округа.

Исторически Забайкальский край (ранее – Читинская область) отличалась высокими показателями смертности населения по причине самоубийств (максимум зарегистрирован в 2002 году – 93,4 на 100 тыс. нас.). В последние 20 лет, Забайкальский край входил в группу субъектов РФ со сверхвысокой смертностью населения по причине самоубийств. В последнее десятилетие отмечается снижение смертности от суицидов среди населения Забайкалья. За 5 лет отмечается снижение показателя на 32,3%. При этом частота завершённых суицидов в Забайкальском крае в 2,7 раз выше среднероссийской и в 1,6 раз выше, чем в Дальневосточном Федеральном округе.

Весьма актуальной проблемой в крае является суицидальное поведение несовершеннолетних. Показатель завершенных суицидов у детей: в 2014 году – 2,7 на 100 тыс. нас. (6), в 2015 году – 2,2 на 100 тыс. нас. (5), в 2016 году – 3 на 100 тыс. нас. (7), в 2017 году – 0,86 на 100 тыс. нас. (2), в 2018 году – 1,72 на 100 тыс. нас. (4). Показатель завершенных суицидов у подростков: в 2014 году – 48,2 на 100 тыс. нас. (19), в 2015 году – 46,3 на 100 тыс. нас. (17), в 2016 году – 40,5 на 100 тыс. нас. (15), в 2017 году – 41,1 на 100 тыс. нас. (15), в 2018 году – 32,9 на 100 тыс. нас. (12).

Завершенных суицидов среди несовершеннолетних в 2014-2018 годах в Забайкальском крае: «мужских» - 66,8%, «женских» – 33,2%. Соотношение 2:1. Способы самоубийств: в 90,4% представлены самоповешеньем, в 2,9% огнестрельным ранением, в 2,9% падением с высоты, в 2,9% отравлением, в 0,9% падением под транспорт. Обращает на себя внимание существенная разница между показателями смертности по причине самоубийств среди городского (14,4%) и сельского (85,6%) населения Забайкалья; соотношение 1:5,9.

Также проанализированы факторы суицидального риска и мотивы совершения суицида у несовершеннолетних. Наиболее значимые микросоциальные факторы: особенности семейного статуса ребенка (проживал в неполной семье, с опекуном, с отчимом, сирота) – 57,7%; нахождение на учете в КДН, ПДН – 12,5%. Биологические факторы: наличие психических расстройств (состоял на «Д» учете у врача-психиатра, обучался по специальной коррекционной программе в связи с наличием психических расстройств, обучался в коррекционной школе) – 17,3%; употребление ПАВ – 11,5%; суицидальное поведение (ранее высказывал суицидальные мысли, суицидальные попытки в анамнезе) – 9,6%. Наиболее часто распространенные мотивы: неразделенная любовь, ссора с партнером – 18,3%; ссора с родственниками – 17,3%.

Оказание суицидологической помощи на территории Забайкальского края осуществляется в рамках межведомственного взаимодействия (координационный совет по обеспечению оказания помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением на территории Забайкальского края при заместителе председателя Правительства Забайкальского края по социальным вопросам).

Осуществляется оперативный мониторинг случаев завершенных суицидов и суицидальных попыток на территории Забайкальского края, ведется краевой регистр лиц с суицидальным поведением с учетом поло-возрастной структуры в разрезе муниципальных образований. В 2017-2018 годах зарегистрировано 145 суицидальных попыток несовершеннолетних, из них 5 повторных.

Определен Порядок маршрутизации несовершеннолетних при выявлении деструктивного (в том числе суицидального и противоправного) поведения.

Реализуются меры по раннему выявлению, лечению, реабилитации несовершеннолетних с психическими расстройствами и зависимостями. Осуществляются меры реализации антиалкогольной политики.

В отношении подростков с суицидальным поведением (зарегистрированные обращения в учреждения здравоохранения) проводятся следующие мероприятия: при необходимости оказывается амбулаторная или стационарная медицинская помощь в общесоматической сети; решается вопрос о необходимости направления несовершеннолетнего на диагностику и лечение в ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского»; после выписки даются соответствующие рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению; обращению в Кризисную службу для реабилитационной работы (очно - кабинет медико-социально-психологической помощи, дистанционно - Телефон «Доверия»). В Кризисной службе всем обратившимся несовершеннолетним с суицидальным поведением (высказывания, мысли, тенденции, попытки) проводится психологическое тестирование - экспресс-диагностика суицидального риска «Сигнал» и опросник антисуицидальных попыток, психологическое консультирование, психотерапия. За 4,5 года в Кризисную службу обратилось 2260 человек, из них детей - 366, подростков – 268. Количество посещений 9682. Число посещений детьми – 1044, подростками – 822. Ежегодно увеличивается число лиц, в том числе несовершеннолетних, обращающихся за кризисной помощью. Так, если в 2014 году обратилось 16 детей и 3 подростка, то в 2018 году детей обратилось 140, подростков 181. Осуществлено 27 выездов мобильных бригад в

районы края, оказана психологическая помощь 382 несовершеннолетним.

Активно проводится психологическое просвещение несовершеннолетних и родителей: участие в проведении Краевых, общешкольных и классных родительских собраний, с организацией работы «Открытого микрофона» (краевые родительские собрания) и проведением индивидуальных консультаций родителей и несовершеннолетних по различным проблемам. В числе которых: проблемы образования, воспитания, успешной социализации, профилактики правонарушений, девиантного и асоциального поведения несовершеннолетних, детско-родительских взаимоотношений, защиты законных прав и интересов детей, психологического сопровождения детей, ситуации распространения в сети Интернет негативной информации, информации пропагандирующей самоубийства подростков, а также фактах вовлечения несовершеннолетних в различные деструктивные группы и сообщества в социальных сетях и др.

Разработан региональный Комплекс мер по снижению смертности населения от самоубийств, в том числе среди несовершеннолетних, на период 2017-2020 годы. Подготовлены методические рекомендации для работников образования «Суицидальное поведение на территории Забайкальского края: эпидемиология, типология, факторная обусловленность, профилактика, диагностика и превенция». Рекомендации адресованы руководителям образовательных организаций (директорам, заместителям директоров по воспитательной работе), психологам, социальным педагогам, педагогам-психологам, классным руководителям. В образовательных организациях активно реализуются программы для несовершеннолетних по формированию жизненных навыков, включающих стратегии преодоления стресса и разрешения конфликтов, первичной профилактике суицидального поведения. Проводится подготовка соответствующих кадров в системе здравоохранения, образования, и социальной защиты.

В настоящий период времени в целях снижения смертности несовершеннолетних по причине самоубийств в регионе деятельность субъектов профилактики суицидального поведения направлена на

поиск новых решений. С 2019 года Забайкальский край вошел в число трех пилотных площадок ВОЗ в РФ, наряду с Уральским и Северокавказским ФО для использования инструмента ВОЗ для улучшения своих систем мониторинга и наблюдения за самоповреждениями и для обеспечения стандартизации на субнациональном уровне, за которым последует расширение на национальный уровень (многоцентричный подход).

## **АЛГОРИТМЫ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ САМОУБИЙСТВУ У ПОДРОСТКОВ**

**Сыроквашина К.В.**

ФГБУ «НМИЦПН им.В.П.Сербского» Минздрава России, Москва,  
syrokvashina@mail.ru

Последние годы, ознаменовавшиеся повышенным интересом со стороны общества и правоохранительных органов к проблеме самоубийств подростков, стали переломными и для экспертных подразделений, осуществляющих экспертизы несовершеннолетних: количество посмертных экспертиз по делам о суицидах несовершеннолетних колоссально возросло. Существующая методология посмертных экспертиз не выделяет экспертизы несовершеннолетних в отдельную группу, в то время как современное законодательство ставит перед экспертами новые задачи. Практика проведения экспертных исследований и анализ заключений посмертных экспертиз, проводимых коллективами экспертных отделений в регионах страны, позволяет сформулировать и предложить основные алгоритмы судебно-психологической оценки психических состояний, предшествующих суициду у несовершеннолетних.

Основным вопросом, который ставится перед психологом-экспертом, является вопрос о психологическом или эмоциональном состоянии несовершеннолетнего, предшествовавшем самоубийству. Принципиальное юридическое значение этот вопрос имеет в ситуации определения причинно-следственной связи такого состояния и

действий обвиняемого. При этом зачастую конкретных обвиняемых лиц в уголовных делах и, соответственно, в постановлениях о назначении экспертизы, нет, и эксперт, обосновывая формирование состояния, указывает основные значимые для этого факторы. Часто задается также вопрос об индивидуально-психологических особенностях. Не имея собственного юридического значения, вопрос о личности является важным элементом в экспертном анализе, являясь базисом не только для диагностики эмоционального состояния, но и для анализа взаимодействия личности и ситуации, которая развивается на протяжении формирования этого эмоционального состояния. Кроме того, в числе вопросов, все чаще появляющихся перед экспертами, оказываются вопросы, посвященные воздействиям, осуществляемым посредством сети Интернет.

В алгоритме анализа психолога-эксперта можно выделить несколько этапов, которые, при условии достаточного количества материалов, позволяют прийти к экспертным решениям и ответам на вопросы следствия. В рамках предварительного анализа экспертом рассматриваются основные факторы развития подростка, которые оказывают влияние на его интеллектуальное становление и формирование индивидуально-психологических особенностей. Анализируется информация, посвященная общему психическому развитию, включая ранние периоды. Как правило, ценным источником оказываются данные из образовательных учреждений и слова родителей, позволяющие выстроить траекторию развития несовершеннолетнего, в том числе интеллектуального. Из показаний родителей, сверстников, соучеников, а также материалов собственной продукции подростка экспертом выстраивается структура его личностных характеристик, особенностей самосознания и мотивационно-смысловой сферы, а также системы его социальных связей и поддержки.

Принципиально важным шагом предварительного анализа выступает рассмотрение динамики состояний подростка во временной перспективе. Наиболее важными моментами для эксперта являются эпизоды дисрегуляции эмоциональных переживаний несовершеннолетнего. В них стоит выделить, с одной стороны, ситуативные обстоятельства, вызывающие реакцию (характеристики

ситуации, включая степень ее травматичности, субъективная оценка со стороны подростка), с другой стороны, особенности их проживания (длительность переживания, степень его вовлеченности, способы совладания со стрессовой ситуацией). Также эксперты обращают внимание на межличностные конфликты, которые являются ключевыми в контексте социальной ситуации развития или оцениваются подростком как значимые. Значимым элементом анализа изменений состояний подростка является учет аутоагрессивного и суицидального поведения, которые являются маркерами тяжести переживания эмоциональных состояний и дисфункциональности выбираемых поведенческих стратегий. Такой анализ позволяет прийти к одному из вариантов эмоциональных состояний, которые можно выделить в периоде, предшествующем суицидальному поступку. Среди основных состояний, квалифицируемых экспертами-психологами, выделяются эмоциональное напряжение, эмоциональное возбуждение и подавленность. Сложившееся состояние, как правило, выступает наряду с особым восприятием ухода из жизни: искаженного (в качестве адекватного варианта разрешения проблемы или нереалистичных представлений о результате поступка), либо незрелого (в виде недооценки значения и непонимания окончательности суицида). Кроме того, существенными для принятия и реализации решения о самоубийстве могут стать такие фасилитирующие факторы, как употребление алкоголя или других психоактивных веществ, снимающих барьеры перед суицидальным поступком.

Структура и содержание резюмирующей части заключения и ответов на вопросы следственных органов зависят от выявленного состояния в период, предшествовавший суициду, основных факторов, оказавших влияние на формирование этого состояния, возможность выделить из указанных факторов основной, и наличие конкретного обвиняемого лица, совершившего действия, связанные с формированием состояния (в том числе посредством сети Интернет). В случае, если выделение доминирующего фактора объясняет наличие причинно-следственной связи действий конкретного лица с формированием эмоционального состояния у несовершеннолетнего – данный вывод будет иметь юридическую значимость.

## ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ СЕМЕЙНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Терехина С.А.

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

[svterek@gmail.com](mailto:svterek@gmail.com)

Особенности родительской семьи и условий семейного воспитания составляют одну из важнейших групп факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних (Амбрумова А.Г., 1996; Положий Б.С., Панченко Е.А., 2011; Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г., 2016; Сыроквашина К.В., Макушкин Е.В., Дозорцева Е.Г. и др., 2018). Отличительная черта данной группы факторов заключается в крайней неоднородности входящих в нее переменных, а также в тесных взаимосвязях биологических, клинических, психологических и социальных характеристик. Так, при изучении суицидального поведения детей и подростков большое внимание уделяется наличию психических расстройств у ближайших родственников, случаям суицидов в семье, разным формам семейного насилия, пренебрежением потребностями детей со стороны родителей. Наряду с этим анализируются структурные особенности семейной системы, доминирующие в ней воспитательные практики, а также восприятие несовершеннолетними своего положения в семье и отношения к себе со стороны родителей. Принятие биопсихосоциального подхода при изучении причин суицидального поведения несовершеннолетних в качестве ведущего фиксирует внимание исследователей на равноценности факторов различной природы, в то же время, делая приоритетным изучение механизмов их взаимодействия. Многие вопросы, касающиеся дифференцирующей оценки вклада различных факторов, связанных с семьей, пока остаются нерешенными (Банников Г.С., Павлова Т.С. и др., 2015). К настоящему времени получены многочисленные эмпирические данные, подтверждающие важную роль таких предикторов суицидального поведения несовершеннолетних как потеря родителя в детском возрасте, суициды среди ближайших родственников, развод, высокий уровень агрессии в семье, наличие в



ближайшем окружении алкогольной и наркотической зависимости (Lester D., 1989; Brent D.A., 2015, Melhem N., 2008). Вместе с тем конкретные механизмы, которые лежат в основе действия этих переменных, пока до конца не ясны.

В современных моделях суицидального поведения, предложенных зарубежными и отечественными авторами, семейным факторам отводится важное место. При построении некоторых из них реализована идея, согласно которой выделяются группы факторов, предрасполагающих к суицидальному поведению, и стрессоров, непосредственно его запускающих (Coyne J.C., Downey G., 1991). Семейные факторы чаще всего рассматриваются в качестве predispositions суицидального поведения несовершеннолетних, однако необходимо учитывать тот факт, что семейные конфликты в ряде случаев могут выступать и в качестве непосредственных причин суицида. Автор концептуальной модели, разработанной в рамках «диатез-стресс» подхода, рассматривает некоторые семейные переменные в качестве детерминант, предрасполагающих к совершению суицида (отсутствие социальной поддержки, собственной семьи и пережитое насилие) (Положий Б.С., 2010, 2015). Одновременно с этим в группу личностно-психологических детерминант автором включены неадекватная самооценка и отсутствие навыков конструктивного решения проблем, которые также могут быть связаны с условиями воспитания в семье. В целом концептуальная модель суицидального поведения в большей степени делает акцент на клинических и биологических характеристиках.

В основу когнитивного подхода к анализу суицидального поведения несовершеннолетних были положены представления о дисфункциональном типе мышления, первоначально разработанные А. Беком для терапии эмоциональных нарушений (Beck A.T., 1976). В качестве условий для формирования «ошибок мышления» и системы определенных глубинных убеждений выступают воспитание в дисфункциональной семье, наличие у родителей психических заболеваний, семейное насилие, пренебрежение нуждами детей со стороны родителей (Spirito A. et al., 2011).

Примером клиничко-психологического подхода к анализу семейных факторов риска суицидального поведения

несовершеннолетних является использование многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1998). В рамках данной модели авторами выделяется блок семейных факторов, включающих различные уровни дисфункциональности семьи. На большом массиве данных был убедительно показан значительный вклад дисфункциональных вариантов семейного воспитания в развитие суицидального поведения несовершеннолетних (Холмогорова А.Б., Воликова С.В., 2012). Особое значение с точки зрения риска развития суицидального поведения авторы придают таким факторам как жестокое обращение с ребенком, воспитывающимся в неблагополучной семье, а также перфекционизм родителей из социально адаптированных семей. Данный подход позволяет рассматривать семейные переменные в широком макро- и интерсоциальном контексте.

Значительный интерес представляет модель, описывающая траектории формирования суицидального поведения у несовершеннолетних (Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A., 2006). Признавая особое значение клиническим параметрам, а также особенностям поведения родителей будущих суицидентов, авторы данной модели предприняли попытку описания конкретных механизмов взаимодействия факторов различной природы, включая семейные. Введение возрастного параметра позволило соотнести механизмы взаимодействия семейных факторов с определенным этапом психического развития несовершеннолетнего. Существенным достоинством данной модели является включение в исследовательскую схему протективных факторов, в том числе функциональных семейных связей.

Отличительная особенность интерперсональной модели суицидального поведения заключается в том, что она имеет дело не с системой социальных взаимоотношений суицидента как таковой, а с результатом субъективной переработки этого опыта (Joiner T.E., 2005). В качестве основных категорий, выделяемых автором, выступают чувство брошенности (отсутствие чувства принадлежности к социальной группе, в частности к семье) и ощущение себя в качестве бремени для ближайшего окружения. В определенном смысле интерперсональную модель Т.Джойнер можно рассматривать как

дальнейшее развитие семейной теории суицидального поведения в подростковом возрасте, которая отводит ведущую роль дисфункциональным детско-родительским отношениям и их интерпретации подростком (Sabbath J.C., 1969; Павлова Т.С., Банников Г.С., 2013).

Таким образом, как показывает проведенный анализ, семейные факторы в том или ином виде представлены в большинстве моделей, предложенных в рамках биопсихосоциального подхода. Вместе с тем рассмотренные варианты моделей существенно различаются по степени содержательности, системности подхода к анализу семейных переменных и их взаимосвязей с другими факторами. В то же время следует отметить, что наряду с традиционными характеристиками семьи все большее внимание уделяется анализу субъективной картины переживаний несовершеннолетних суицидентов, связанных с их положением внутри семейной системы и характером отношения к ним со стороны ближайшего родственного окружения. Эта тенденция, в свою очередь, требует разработки адекватных диагностических средств.

Проведенный анализ позволяет наметить основные направления дальнейших исследований суицидального поведения несовершеннолетних. Реализация комплексного, междисциплинарного подхода к проблеме суицидов среди детей и подростков предполагает разработку многоуровневых факторных моделей, объединяющих различные подходы к проблеме и позволяющих наиболее полно описать механизмы взаимодействия факторов различной природы. Эти модели необходимо разрабатывать с учетом возрастных закономерностей психического развития, гендерной специфики, и соотносить их с этапами формирования суицидального поведения. Одним из направлений в исследовании семейных факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних может выступать разработка модельных траекторий развития несовершеннолетних суицидентов, учитывая, в том числе, накопление негативных влияний различного генеза, а также противодействующих им защитных факторов.

## КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

\* Трубина О.С., \*\* Малинина Е.В.

\*ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница» (trubinaolg@yandex.ru)

\*\*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» (г. Челябинск)

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности, нозологической структуры и факторов риска коморбидной психической патологии у пациентов специализированного стационарного отделения для несовершеннолетних с признаками зависимости.

Сплошным методом было обследовано 168 пациентов (средний возраст составил  $15,4 \pm 0,1$  лет) с установленным диагнозом наркологического заболевания (коды F10.2 - F19.2 МКБ-10). Выявлена клиническая неоднородность пациентов стационарного наркологического отделения для несовершеннолетних с наркологическими проблемами. Она обусловлена наличием коморбидных психических расстройств, которые встречаются в 47% случаев (средний возраст  $15,1 \pm 0,1$  лет). В структуре коморбидной психической патологии преобладали органические психические расстройства (63%), а также умственная отсталость (19%) и расстройства эмоций и поведения с началом в детском и подростковом возрасте (19%).

Среди наркологических заболеваний у пациентов с психической коморбидностью преобладал синдром зависимости от токсических веществ (83%), в том числе от алкоголя у 29%. Это могло быть связано с плохой переносимостью токсического действия наркотических веществ, обусловленной наличием психоорганического синдрома с повышенной уязвимостью центральной нервной системы к действию дополнительных повреждающих факторов, а также более грубым влиянием наркотиков на биохимию головного мозга.

Было установлено, что возраст-зависимыми аспектами двойного диагноза в наркологии являются более раннее приобщение к

употреблению никотина, алкоголя и сочетанного потребления алкоголя и летучих растворителей (до 12 лет) с формированием аддиктивных состояний и, как следствие, более ранний (до достижения 15 лет) дебют синдрома зависимости. К факторам риска возникновения коморбидной психической патологии можно отнести алкоголизацию матери, неполные и деформированные семьи, воспитание вне родительской семьи, уходы из дома и бродяжничество.

Установлено, что у подростков с коморбидной психической патологией обнаруживаются более низкие показатели интеллектуального развития и возбудимые (истероидные и эпилептоидные) черты личности.

Более частые алкогольные проблемы у матерей обследованных пациентов могут лежать в основе высоких рисков возникновения дизонтогенетических нарушений в виде органических психических расстройств, умственной отсталости и расстройств эмоций и поведения. Формирование личности, протекание кризиса полового созревания у таких пациентов происходит по пути, отличающемуся от нормального – с формированием личностных расстройств и расстройств развития в детском и подростковом возрасте.

Изучение начала и течения коморбидного расстройства, его клинических особенностей у пациентов с сочетанной патологией, имеет важное социальное и клиническое значение. Оно способствует улучшению организации и повышению качества психиатрической и наркологической помощи наиболее уязвимым в этом отношении группам несовершеннолетних.

## К ПРОБЛЕМЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АДАПТИВНЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Тудупова Т.Ц.<sup>1</sup>, Батуева Н.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет», Россия, 670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а

<sup>2</sup> ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер», Россия, 670000, г. Улан-Удэ, ул. Рабочая, 1а

[tuyanatu@mail.ru](mailto:tuyanatu@mail.ru)

### Источник финансирования:

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ «Междисциплинарное исследование причин и региональных факторов суицидального поведения несовершеннолетних» 18-013-00620А.

Актуальность изучения проблемы суицидальных рисков несовершеннолетних определяется ростом суицидальной активности в подростковом возрасте. Во многих странах мира суициды входят в число основных причин смерти населения, а в подростковом возрасте суицидальная смертность входит в тройку лидирующих причин смерти. Психологами отмечается, что до 13 лет суицидальные попытки являются достаточно редким явлением, в то время как с 14 -15 лет суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16-19 лет. Это говорит о том, что подростки не могут (и не умеют) справляться с кризисными ситуациями. Поэтому при рассмотрении проблемы суицидальных рисков важным представляется изучение проявлений стратегий совладающего поведения, поскольку адаптивные копинг-стратегии являются эффективным средством профилактики суицидальных рисков.

Из общей выборки испытуемых (256 подростков) у 44 человек (20 девочек и 24 мальчиков) показатели шкал тревожности, депрессии и безнадежности были на высоком уровне и уровне выше среднего. Эти подростки условно вошли в группу риска. Мы предполагаем, что состояния негативного эмоционального спектра, в первую очередь, депрессивные и тревожные состояния, являются факторами

суицидального риска в подростковом возрасте: негативно окрашенные эмоциональные состояния зачастую плохо осознаются самими подростками и могут выражаться в нарастании агрессивного поведения, упрямстве, оппозиционном поведении, в снижении настроения, в уходе в себя. Подростки с уровнем ниже среднего и низким уровнем тревожности, безнадежности и депрессии рассматривались нами как группа нормы. Переживание подростками депрессии, тревожности и безнадежности рядом авторов рассматриваются как факторы суицидального риска в подростковом возрасте. Депрессивные состояния, сниженное настроение у подростков имеют свою специфику: они нередко плохо осознаются самими и могут выражаться в нарастании агрессивного (включая и аутоагрессивного) поведения, оппозиционного поведения, ухода в себя. Анализ полученных данных показывает, что для подростков группы риска характерен субъектно-ориентированный тип преодоления стрессовой ситуации. Такой тип преодоления является следствием эмоционального реагирования на ситуацию, он не сопровождается, к сожалению, конкретными действиями, а проявляется в попытках уйти от проблемы, избежать ее, переложить свои заботы на других, либо использовать какие-либо средства компенсации отрицательных эмоций, такие, к примеру, как сон, еда и т.п. Им свойственно восстановление эмоционального баланса при помощи пассивных стратегий, а не через решение проблемы. Пассивные стратегии используются ими более интенсивно, особенно если у человека нет знаний, умений или реальных возможностей снизить давление стрессора.

На этапе формирующего эксперимента в целях профилактики суицидального поведения были проведены тренинговые занятия с подростками группы риска. Профилактическая работа включала в себя девять занятий, темы занятий затрагивали проблемы рискованного и аддиктивного поведения (вопросы о табакокурении, алкоголизме, наркозависимости, инфекциях, передающихся половым путем, ВИЧ, сохранении репродуктивного здоровья), а также вопросы, связанные с умением управлять своими эмоциями, чувствами, находить выход из конфликтных, стрессовых ситуаций. Психопрофилактические занятия проводились по разработанной программе, направленной одновременно как на снятие негативно окрашенных эмоциональных

состояний (тревожность, безнадежность, депрессия), так и на осознание и изменение паттернов неэффективного поведения, в частности, расширение способов преодоления стрессовых ситуаций. Занятия проходили в интерактивной форме, что позволяло не только эффективно давать информацию, прорабатывать ситуации, овладевать конкретными умениями, но и отвечать на вопросы участников. Сама программа включала в себя просветительскую, консультативную, коррекционно-развивающую составляющие, направленные на развитие эффективных копинг-стратегий и формирование психологической стрессоустойчивости у подростков.

Для оценки эффективности проведенной профилактической работы с подростками группы риска нами был применен непараметрический критерий Вилкоксона. Согласно полученным данным, у подростков группы риска значительно снизились показатели по шкалам тревожности, безнадежности ( $p < 0.05$ ) и депрессии ( $p < 0.1$ ).

Исследование показало, что задача совладания личности с негативными жизненными обстоятельствами в целях развития стратегии на преодоление трудностей, уменьшения их отрицательных последствий, достаточно успешно решена. Занятия по программе развития адаптивных копинг-стратегий у подростков привели к повышению стрессоустойчивости личности, и, как следствие, способствовали развитию осознанной саморегуляции и профилактике суицидального риска в подростковом возрасте.

Подытоживая, отметим, что степень выраженности суицидального риска (вероятность осуществления суицида) можно определить путем сопоставления суицидогенных и антисуицидогенных факторов личности. К числу основных суицидогенных факторов относят негативные эмоциональные состояния тревожности, безнадежности и депрессии. Развитые адаптивные копинг-стратегии личности можно отнести к факторам антисуицидогенного характера. Состояния негативного эмоционального спектра, в первую очередь, депрессивные и тревожные состояния, являются факторами суицидального риска в подростковом возрасте: они зачастую плохо осознаются самими подростками и могут выражаться в нарастании агрессивного поведения, упрямстве, оппозиционном поведении, в снижении настроения, в уходе в себя. Имеется связь неэффективных копинг-стратегий личности с



суицидальным риском, с субъективным ощущением подростком невозможности совладания с жизненными трудностями. Процесс совладания с жизненными трудностями есть по своей сути процесс мобилизации личностных ресурсов, оптимального их использования. Занятия по программе развития адаптивных копинг-стратегий у подростков способствуют процессу совладания с трудными ситуациями, развитию осознанной саморегуляции и профилактике суицидального риска в подростковом возрасте. Эффективность разработанной программы доказана статистически.

### **Литература**

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 6–28.
2. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы). Суицидология. 2015; 6 (4). - 21-32.
3. Онурфиева В. В., Константинова А. С. Особенности копинг-поведения в подростковом возрасте // Молодой ученый. — 2016. — №6. — С. 701-703.
4. Тудупова Т.Ц., Батуева Н.Г., Парфентьева Т.А. Развитие адаптивных копинг-стратегий как средство профилактики суицидальных рисков. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2018.-№ - 6.-С.74-86.
5. Beck A.T. et al. Hopelessness and eventual suicide. Am. J. Psychiatry. 1985; 142 (5): 559-63.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

**Фесенко Ю.А.**

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, Санкт-Петербург

Реабилитация, имеющая конечную цель – восстановление личного и социального статуса больного (полное или частичное),

подразумевает под собой также и метод подхода к больному человеку, который основывается на нескольких принципиальных положениях, среди которых наиболее важны принцип единства биологических (психофармакологическое лечение, физиотерапия и т.д.) и психосоциальных (психокоррекция, психотерапия, трудовая терапия и т.д.) методов воздействия; ступенчатость (смена этапов реабилитационного процесса). Реабилитация, направленная на достижение конечной цели (восстановление статуса личности), становится полновесным дополнением к психиатрическому лечению.

1 этап медицинской реабилитации психически больных детей осуществляется в условиях острого отделения психиатрического стационара. На этом этапе компенсация достигается сочетанием медикаментозной терапии (в первую очередь) с другими психокоррекционными методами.

2 этап медицинской реабилитации осуществляется, прежде всего, в условиях стационарного реабилитационного отделения, где проводится оказание лечебной и реабилитационной помощи в виде лечебно-реабилитационного этапа.

3 этап медицинской реабилитации осуществляется, как правило, в условиях амбулаторной сети. Поэтому крайне необходимо обеспечение преемственности в работе стационарного и амбулаторного звеньев помощи.

В СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» (ЦВЛ) процесс реабилитации осуществляется в специализированных отделениях.

Психоневрологический детский (ДДС) дневной стационар для детей дошкольного возраста и младшего школьного возраста (от 3 до 7 лет). В ДДС поступают дети в возрасте от 3,5 до 7 лет по направлению участковых детских психиатров города и из консультативных отделений ЦВЛ. Дневной стационар работает в режиме детского дошкольного учреждения (ДДУ), что облегчает адаптацию ребенка при поступлении и при возвращении в свое ДДУ, а также позволяет проводить весь комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий без отрыва ребенка от семьи. Длительность пребывания ребенка в ДДС не менее 2-х месяцев. Она зависит от цели госпитализации (обследование для уточнения диагноза, подбор терапии, решение вопроса о подходящем

ребенку типа ДДУ или программы обучения, решение вопроса о пенсионировании и др.), психического состояния ребенка, выраженности степени его дезсоциализации.

Психиатрическое стационарное реабилитационное отделение для мальчиков в возрасте от 7 до 15 лет. На отделении проводится оказание лечебной и реабилитационной помощи в виде лечебно-реабилитационного этапа, необходимого для интеграции детей школьного возраста в обычную среду, а также окончательный подбор поддерживающей терапии после основной терапии, проведенной в других отделениях стационара ЦВЛ. В работу отделения внедрены широкое использование различных видов психотерапевтической коррекции и культурно-просветительские мероприятия. В отделении работает школа. Посещая занятия в ней, дети, помимо приобретения новых знаний, восстанавливают пробелы в пройденной ими ранее программы и усваивают навыки учебной дисциплины. При необходимости определения образовательного маршрута специалистами, использующими результаты обучения в диагностическом классе, даются рекомендации в ПНДО по месту жительства ребенка для представления на ТМПК. Максимальная длительность пребывания в реабилитационном отделении составляет 70 дней. Тем не менее, за этот короткий срок сотрудникам отделения удается в большинстве случаев значительно снизить уровень стигматизации у своих пациентов.

Психоневрологический дневной реабилитационный стационар со школой интегрированного обучения. Отделение рассчитано на одновременное пребывание детей от 11 до 15 лет в количестве 100 человек с непсихотическими психическими расстройствами. Здесь осуществляется лечебно-реабилитационная работа, главной целью которой является создание и поддержание у ребенка коммуникативно-познавательных навыков, что дает ему возможность получать образование в условиях обычной школы, а также успешно интегрироваться в социум. Школа является педагогическим учреждением коррекционного типа для детей с ограниченными возможностями здоровья. Методология преподавания строится с учетом особенностей психического и физического состояния пациентов и рекомендаций врачей-психиатров отделения и педагогов школы, для

чего проводятся регулярные (не реже 2-х раз в месяц) медико-педагогические совещания.

В дневных стационарах на базе диспансерных отделений с больными проводится работа по медико-социальной реабилитации и социально-бытовой адаптации. Задачи этих отделений: организация медицинской, психологической и логопедической помощи детям с расстройствами психологического развития, отягощенными сложной речевой патологией; организация медико-социальной и реабилитационной помощи детям-инвалидам и их семьям в вопросах воспитания, социально-бытовой адаптации с возможно более раннего периода развития для дальнейшего самостоятельного проживания в семье и адаптации в обществе с минимальной поддержкой.

Результатом работы реабилитационных отделений ЦВЛ является достижение стойкой компенсации состояния здоровья ребенка со снижением частоты госпитализаций; привитие навыков коммуникативного общения в различных жизненных ситуациях; развитие бытовых навыков и элементов социальной ориентации; облегчение социальной и бытовой адаптации этих детей для дальнейшего самостоятельного проживания в семье и существования в социуме с минимальной поддержкой.

## **СОЦИАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИВНЫЕ ДИСТРЕСС-РЕАКЦИИ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ИСКАЖЕННОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ И НАРУШЕННОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Чибисова И.А.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России, Москва,  
chibis-irena@mail.ru

Проблема социальной адаптации, социализации ребенка является одной из ведущих проблем психического здоровья и оптимального психосоциального развития. Процесс усвоения ребенком образцов поведения, психологических установок, социальных норм и ценностей, знаний, навыков, позволяющих ему успешно функционировать в обществе - неотъемлемые составляющие сути формирования и развития человека в целом. Именно дети и подростки

оказываются в позиции наиболее слабой психологической защищенности в способности противостоять современным негативным социальным воздействиям.

Дети и подростки, социализация которых протекает в неблагополучных условиях, деструктивно влияющих на психосоциальное развитие и психическое здоровье ребенка (сиротство, насилие, вовлечение в криминальную среду, инвалидизация в связи с физическим или психическим дефектом), на современном этапе развития социальной помощи рассматриваются как группы повышенного «социального риска» дезадаптации, с высокой долей нарушений развития, девиаций поведения, развития кризисных состояний.

Подростковые психиатры, используя многоосевой диагностический подход, отмечают экстранозологичность и комплексность проблем искаженного развития. При этом поведение часто детерминировано как болезненными психопатологическими нарушениями, так и личностно-дизонтогенетически аномальными изменениями. При использовании экстранозологического подхода, с учетом основополагающих понятий «адаптации», «барьера адаптации», «стресса-дистресса», представляется обоснованным выделить следующее понятие. «Социально-дезадаптивные дистресс-реакции» (СДДР), которые представляют собой, многообразие форм искаженного развития в онтогенезе, в ответ на социально-опасные детерминанты, кризисные ситуации, с аффективными, когнитивными, волевыми и поведенческими изменениями предболезненного и болезненного уровня, а также латентной предуготованностью к эмоциональным, непатологическим и патологическим формам реагирования. Учитывая особенности социализации несовершеннолетних обоих полов, в оформлении СДДР важная роль принадлежит гендерной специфичности психологических и психопатологических форм реагирования.

Анализ социально-психологических стрессовых реакций в жизни ребенка, совокупность психологических, соматических, неврологических и психопатологических признаков, позволят оптимально осуществлять диагностику, выносить верное экспертное заключение, предлагать комплексный психокоррекционный, профилактический подход.

## ФАКТОРЫ РИСКА И МЕХАНИЗМЫ ПРЕВЕНЦИИ БУЛЛИНГА

**Шабалина А.Ю.<sup>1</sup>, Макашева В.А.<sup>2</sup>, Гришкевич М.Е.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение г. Новосибирска «Средняя общеобразовательная школа № 83»

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер»

v.a.makasheva@gmail.com

По данным Европейского портала информации здравоохранения в 2015 году 19% детей, проживающие на территории Российской Федерации подверглись буллингу. Высокий уровень распространенности феномена и его тяжелые психопатологические влияния, как в отношении личности агрессора, так и его жертвы составляют актуальность исследования механизмов буллинга. Понимание факторов риска возникновения буллинга служит одной из основных задач в оказании своевременной психологической помощи детям и подросткам, а также является важной частью антикризисной помощи по профилактике детских и подростковых суицидов. В настоящий момент Министерством образования России организовано скрининговое исследование школьников для выявления буллинга, начиная с седьмого класса. Методика исследования риска буллинга разработана и валидизирована для детей с 10 лет. Проблемным вопросом является распространенность риска участия детей в буллинге в условиях младшей школы.

В связи с этим целью данного исследования являлось изучение взаимосвязи патопсихологических характеристик актуального психического состояния школьника и риска его участия в буллинге в качестве жертвы или агрессора. Установление взаимовлияний феномена буллинга и ряда патопсихологических характеристик школьника в условиях младшей школы является важнейшим механизмом в выявлении факторов риска участия в буллинге. В исследовании приняли участие школьники 1-4 класса одной из общеобразовательных школ Новосибирска (система обучения в школе – Эльконин-Давыдов) в количестве 134 человека (47% - девочки, 53% -

мальчики; возрастной показатель варьировался от 7 до 11 лет). Опираясь на основные характеристики феномена буллинга, стадии его развития, формирования роли агрессора и жертвы и с учетом «Опросника риска буллинга» валидизированного для детей и подростков с 10 лет исследователями была разработана анкета, направленная на интервьюирование учащихся младше 10 лет. Вопросы анкеты направлены на дифференциацию поведения с риском участия в буллинге в роли агрессора и в роли жертвы. Также в анкету включены вопросы, направленные на дифференциацию, так называемого, нормального поведения, которое «работает» на сплочение класса. Результаты исследования были представлены на VIII региональной научно-практической конференции «Психологическое здоровье коллектива младших школьников, как залог будущей молодежи».

В результате анкетирования выделены четыре группы школьников с учётом степени риска участия в буллинге: группа высокого риска агрессивного поведения – 15%, группа высокого риска поведения жертвы – 11%, группа высокого риска участия в буллинге с неопределенной социальной ролью – 4%, группа с минимальным риском участия в буллинге – 70%. При рассмотрении динамики проявления высокого риска участия в буллинге отмечается неравномерность проявления (первый класс – 35,6%, второй класс – 28,0%, третий класс – 20,0%, четвертый класс – 37,5%), что обусловлено кризисными периодами в жизни школьников (адаптация к школе в первом классе, а также начало пубертатного периода и переход в среднее звено). Далее были изучены взаимосвязи риска участия в буллинге с набором личностных характеристик школьников в четырех группах. Представители группы с высоким риском участия в роли жертвы проявили более высокий уровень тревожности, чем школьники из группы с минимальным риском участия в буллинге ( $\chi^2=8,9$ ,  $\chi^4=6,3$ ), а также имеют более негативное настроение ( $\chi^2=62,5$ ,  $\chi^4=52,6$ ). Дети 3 группы (с размытостью ролей) имеют более высокий общий показатель депрессии по опроснику детской депрессии ( $\chi^3=68,0$ ,  $\chi^4=53,4$ ), чем дети 4 группы. У детей, обнаруживающих высокий риск участия в буллинге, при размытости ролей выявлена более негативная самооценка в качестве компонента депрессии ( $\chi^3=68,6$ ,  $\chi^4=52,6$ ). Данный фактор оказывает более выраженное влияние проблем на

социальную жизнь ( $x_3=2,0$ ,  $x_4=0,3$ ), чем у детей из группы с минимальным риском участия в буллинге. Более выражено проявили себя проблемы с поведением в группе детей с размытыми ролями ( $x_3=4,2$ ), по сравнению со всеми остальными группами (соответственно,  $x_1=1,6$ ;  $x_2=1,7$ ;  $x_3=1,0$ ). Прямые корреляции выявлены между риском агрессивного поведения и такими качествами школьников как: повышенный уровень тревожности (0,19 при  $p<0,05$ ), общий показатель депрессии и ее компоненты (0,19 при  $p<0,05$ ), неэффективность в школе (0,29 при  $p<0,001$ ), негативная самооценка (0,20 при  $p<0,05$ ), проблемы с поведением (0,29 при  $p<0,001$ ), в том числе гиперактивность (0,25 при  $p<0,01$ ); проблемы со сверстниками (0,17 при  $p<0,05$ ), общее число проблем (0,28 при  $p<0,001$ ), общая оценка влияния проблем на социальную жизнь детей (0,33 при  $p<0,001$ ). Риск поведения жертвы прямо коррелирует с высоким уровнем тревожности (0,43 при  $p<0,001$ ), общим показателем депрессии (0,35 при  $p<0,001$ ), негативным настроением (0,37 при  $p<0,001$ ), межличностными проблемами (0,21 при  $p<0,05$ ), неэффективностью (0,30 при  $p<0,001$ ) и ангедонией (0,30 при  $p<0,001$ ), проблемами с поведением (0,33 при  $p<0,001$ ), в том числе гиперактивностью (0,27 при  $p<0,01$ ); проблемами со сверстниками (0,21 при  $p<0,05$ ), общим числом проблем (0,31 при  $p<0,001$ ), влияющих на социальную жизнь детей. Прямую взаимосвязь у школьников с нормальным поведением обнаруживает свойство социальной желательности (0,33 при  $p<0,001$ ), в то время как обратная корреляция выявлена с общим показателем депрессии (-0,29 при  $p<0,001$ ), показателем наличия межличностных проблем (-0,27 при  $p<0,01$ ), в том числе проблем со сверстниками (0,23 при  $p<0,05$ ); неэффективностью (-0,17 при  $p<0,05$ ), ангедонией (0,22 при  $p<0,05$ ), негативной самооценкой (0,34 при  $p<0,001$ ), а также общим числом проблем (-0,26 при  $p<0,01$ ), влияющих на социальную жизнь детей.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о достоверной взаимосвязи с рядом психологических характеристик школьников, что говорит о необходимости использования разработанной анкеты в качестве инструмента исследования риска участия в буллинге среди учеников начальных классов. В качестве мер профилактики буллинга в рамках межведомственного подхода предложена разработка методических пособий с отражением факторов буллинга,



методов выявления на различных этапах, мерах борьбы и профилактики. Первостепенное значение имеет своевременное выявление риска участия в буллинге учеников и разрешение ситуации на стадии конфликта, не допуская его дальнейшего развития. С целью профилактики необходимо проводить профилактическую работу с педагогами в виде просветительных мероприятий на исследуемую тему и регулярными дискуссиями, с возможностью обсуждения частных случаев, а также проведение более глубокой диагностики тех детей, которые показали отклоняющиеся от нормы результаты.

## **АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО КОНТЕНТА В РУССКОЯЗЫЧНОМ СЕГМЕНТЕ ИНТЕРНЕТА**

**Шамарова Е.Ю.<sup>1</sup>, Кондрашов И.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Институт психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка, Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Дубровенская центральная районная больница, г. Дубровно, Витебская обл., Республика Беларусь

**Цель исследования** – анализ проблемы распространения суицидального контента в русскоязычном сегменте Интернета.

### **Задачи исследования:**

1. Охарактеризовать научные представления о факторах и причинах подросткового суицидального поведения;
2. Раскрыть значение виртуальной среды и социальных сетей как фактора влияния на подростковую аудиторию;
3. Провести эмпирическое исследование представленности контента суицидальной направленности в русскоязычном сегменте Интернета;
4. Определить основные задачи сайтов антисуицидального содержания.

**Объект исследования** – виртуальная среда Интернета.

**Предмет исследования** – контент суицидальной направленности в русскоязычном Интернет-пространстве.

**Методы исследования:** анализ учебно-методических и научных материалов, а также статистических данных по проблеме исследования;

контент-анализ. Статистическая обработка данных осуществляется с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows 6.0 для персонального компьютера.

**Результаты исследования** виртуальной среды и социальных сетей как фактора влияния на аутодеструктивное поведение подростков и молодежи.

Данные об «эпидемии» подростковых суицидов не соответствуют действительности [Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс], 1998–2018. – Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>]. Зависимость увеличения количества подростковых суицидов от существования «групп смерти» на сегодняшний день – феномен СМИ и СМК. На уровне доказательных научных исследований эта зависимость пока не подтверждена.

Вместе с тем, подростковый возраст является одним из факторов суицидального риска. Особо значимыми факторами риска суицидальной активности подростков являются безнадежность, одиночество, депрессивность, внутренняя напряженность, наряду с потенциальными факторами (личностные акцентуации, психологические характеристики семейного функционирования), а среди механизмов развития суицидального поведения одно из ведущих мест занимает агрессия, трансформирующаяся в аутоагрессию.

Поскольку подростковый возраст является одним из факторов суицидального риска, сообщения о самоубийствах или изображения самоубийств, передаваемые в СМИ и СМК, имеют негативный эффект и могут провоцировать суицидальные действия, особенно у подростков и лиц молодого возраста. Имитационные суициды или информация о них обеспечивают подростков моделью поведения, снижающей внутренние запреты на самоубийство.

В русскоязычном сегменте Интернета присутствует как контент информационно-профилактической направленности, так и деструктивный контент. При этом деструктивный контент реализуется в видеоформате, в вербальном (текстовом) формате контроль его содержания реализуется на адекватном уровне.

Социальная сеть «ВКонтакте» предоставляет наибольшее количество контента, связанного с суицидальной тематикой, что связано, в том числе, с наиболее открытой политикой

конфиденциальности. Однако основная доля этого контента несет антисуицидальную направленность.

В социальных сетях «Вконтакте» и «Одноклассники» существуют закрытые группы, включающие словосочетания «Синий кит» и аналогичные. Однако подобные названия, чаще всего, используются для «раскрутки» группы, привлечения к ней внимания, увеличения подписчиков.

Основные задачи сайтов антисуицидального содержания:

- Предложение жизнеутверждающих материалов с действенными рекомендациями по преодолению кризисов, примерами обычных людей, полезной информации и т.д.);
- Предоставление данных о зарекомендовавших себя профессиональных учреждениях помощи людям, попавшим в сложные жизненные ситуации, и суицидологической помощи;
- Укрепление взаимодействия с профессионалами суицидологической службы;
- Информирование об эффективных инструментах противодействия распространению просуицидальных материалов;
- Информирование о специализированных ресурсах и формах оказания кризисной помощи людям с наличием суицидальных тенденций и/или находящихся в состоянии дезадаптации.

**Вывод.** Существует настоятельная необходимость разработки Интернет-ресурсов, ориентированных на профилактику суицидального поведения несовершеннолетних.

**Ключевые слова:** Интернет-ресурсы, контент-анализ, подростки, суицидальное поведение, СМИ.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ДЕТСКИЙ СТАЦИОНАР В СТРУКТУРЕ КРУПНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

**Шигашов Д.Ю**

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, г. Санкт-Петербург

В 2008 году Правительством Санкт-Петербурга было принято решение о создании на базе бывшей Императорской Николаевской

детской больницы современного детского психоневрологического центра, включающего в себя детский стационар на 280 коек (6 отделений).

2-е отделение – психиатрическое на 45 коек, для мальчиков в возрасте от 12 до 15 лет, поступающих в состоянии обострения или с диагностической целью.

3-е отделение – психиатрическое на 40 коек, для девочек в возрасте от 3 до 15 лет, поступающих в состоянии обострения или с диагностической целью.

4-е отделение – психиатрическое на 50 коек, для мальчиков в возрасте от 3 до 11 лет, поступающих в состоянии обострения или с диагностической целью.

5-е отделение – психиатрическое реабилитационное на 40 коек, для мальчиков в возрасте от 7 до 15 лет.

1-е отделение – психиатрическое на 75 коек, для детей дошкольного возраста от 3 до 7 лет с речевой патологией на фоне умеренных психических расстройств (Лит. А).

6-е отделение (Лит. З) – психиатрическое на 30 коек, для детей дошкольного возраста от 3 до 7 лет с выраженными психическими расстройствами, сопровождающимися речевой патологией.

В стационарных отделениях осуществляется мультидисциплинарный подход при оказании помощи пациентам: психиатрами, психотерапевтами, психологами, логопедами, педиатрами, неврологом, офтальмологом, клиническим фармакологом, стоматологом, фтизиатром, хирургом, инфекционистом, дерматологом, эндокринологом, сурдологом, генетиком, гинекологом, эпилептологом.

В отделениях работает школа. При необходимости определения образовательного маршрута, по результатам обучения в диагностическом классе, даются рекомендации в ПНДО, для представления ребенка на ТМПК.

Поступление в отделение осуществляется с согласия законного представителя ребенка: родителей, опекунов, директоров приютов, детских домов и школ-интернатов, учреждений СЗН, муниципальных отделов опеки и попечительства. По направлению врачей-психиатров ПНДО, скорой психиатрической помощи, детских домов, школ-

интернатов, специализированных интернатов социальной защиты населения.

При отсутствии согласия законных представителей ребенка и при наличии показаний для недобровольной госпитализации, оформляется недобровольная госпитализация путем обращения в суд.

Виды наблюдения: ограничительное, частично ограничительное дифференцированное, режим частичной госпитализации.

Лечебные режимы: лечебно-активирующий, лечебно-охранительный (по психическому состоянию), щадящий (по соматическому состоянию).

Для проведения внебольничной реабилитации и проверки качества терапии в отделение проводятся свидания и прогулки пациентов с родителями и законными представителями, домашние отпуска (оформление через ВК). В отделении допустим режим частичной госпитализации. По согласованию с заведующим отделением и лечащим врачом ребенка, родители могут навестить его в любой день недели.

В стационар поступают дети, как в плановом, так и в экстренном порядке по направлению амбулаторной службы, скорой психиатрической помощи. Дети распределяются по отделениям в зависимости от возраста и психического состояния.

Этап лечения и реабилитации осуществляется в виде комплекса медико-педагогических мероприятий: медикаментозная терапия, ФТЛ, массаж, диагностические и коррекционные занятия с логопедом-дефектологом индивидуально или в подгруппе из 2-3 человек, коррекционные занятия с воспитателем, психокоррекционная работа с семьей. Проведение со всеми детьми музыкальных занятий, праздников, тематических утренников.

Объем лечебно-диагностической помощи и ведение медицинской документации стационарного больного осуществляется в соответствии со стандартами оказания психиатрической помощи в стационаре ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина.

В случае соматического или вирусного заболевания ребенок находится дома до выздоровления под наблюдением врача-педиатра детской поликлиники по месту жительства, и приходит на отделение со справкой от него.

В стационарных отделениях проводится экспертиза обучения и детской инвалидности. Сотрудниками стационара оказывается всяческое содействие в социальном обустройстве детей, страдающих психическими расстройствами и фактически лишившихся попечения родителей.

Все отделения практикуют использование психиатрических режимов – от режима «закрытых дверей» до выхода в кратковременные отпуска с родителями, участие в культпоходах в музеи, выездах за город, длительные домашние отпуска с реабилитационными целями. Широко используются различные виды психотерапевтической коррекции, регулярное посещение культурно-просветительских мероприятий.

Проводится экспертная оценка состояния детей, совершивших правонарушения и требующих помещения в учреждения закрытого и открытого типа. В стационаре выявляются противопоказания для направления в эти учреждения.

Максимальная длительность пребывания в стационаре составляет 70 дней. Однако в последнее время возрастает количество больных, которым необходимо решать социальные вопросы. Это больные, родители которых отказываются от детей или лишаются прав. Такие дети определяются в учреждения сиротского типа и в учреждения СЗН.

Этап санаторно-курортной помощи: нуждающиеся в этом виде помощи дети направляются в детские санатории в Курортном районе города для продолжения коррекционной работы.

Показатели работы стационара по данным на конец 2018 года выше запланированных по обороту койки, количеству польвованных пациентов, по проведенным койко-дням и работе койки. Длительность пребывания польвованных и выписанных пациентов в пределах нормы.

Основной патологией у пациентов стационара являются непсихотические психические расстройства – 72,9%. На втором месте органические непсихотические расстройства (24,7%). На третьем месте (23%) – умственная отсталость различной степени тяжести, осложненная синдромами: психопатоподобным, аффективно-волевой неустойчивости, пароксизмальным, неврозоподобным, шизоформным и

т.д. Данное соотношение сохраняется практически неизменным в течение последних 3-х лет.

## **БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ).**

**Шкитырь Е.Ю.**

ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва  
lex-vladivostok@mail.ru

Суицид является чрезвычайно актуальной проблемой в современном обществе. В России самоубийства среди несовершеннолетних остаются на достаточно высоком уровне, по сравнению с взрослым населением и является третьей причиной смертности в данном возрастном периоде. По данным Следственного Комитета РФ в 2018 г. число несовершеннолетних суицидентов выросло на 14 %, по сравнению с прошлым годом и составило 788 человек. В формировании суицидального поведения в детско-подростковом периоде имеют значение множество факторов (биологические, социальные, клинические), которые в совокупности способствуют реализации суицидальных действий.

**Цель исследования.** Выявление биопсихосоциальных факторов суицидального поведения в зависимости от возраста несовершеннолетних.

**Материалы и методы.** Были проанализированы 170 посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (материалы уголовного дела, медицинская документация, интернет-содержимое, информация из гаджетов, письменная и иная продукция) с 2011-2018гг. Возраст несовершеннолетних от 9 до 17 лет на момент совершения самоубийства.

**Результаты.** По гендерному признаку лица женского пола составили 53% (89) и 47% (81 подросток) мужского пола. Суициденты были разделены на три возрастные группы (9-12 лет; 13-14 лет и 15-17 лет). Среди способов самоубийства у несовершеннолетних вне возрастных групп превалировало падение с высоты - 55,3% (93), на втором месте по частоте стоит самоповешение - 22,3% (39), реже,

бросок под поезд - 9,3% (16), отравление - 8,1% (14), самоповреждения огнестрельным оружием - 3,4% (6) и режущими предметами - 1,2% (2). Исходя из нашей выборки, для несовершеннолетних имели высокую значимость психопатологически отягощенная наследственность синдромом зависимости от психоактивных веществ, преимущественно алкоголя - 24,1% (41 случай), наличие в анамнезе суицидов и суицидальных попыток – 10 % (17). Указанные факторы не имели какой-либо возрастной зависимости. Отягощенность психическими расстройствами у родителей встречалась в возрастных группах 13-14 и 15-17 лет - (12,9% - 22 случая). Аутодеструктивное влияние на суицидентов оказывали патологические семейные взаимоотношения 85,3% (145 случаев), обусловленные в т.ч. изменением структуры семьи (развод (37,1% - 63 случая), появление небιологического родителя - 28,8% (49)) с искаженными формами воспитания, проявляющихся психологическим и физическим насилием с эмоциональной депривацией ребенка и вынужденной дистанцированностью от ближайшего окружения вне возрастной зависимости; Стоит отметить, что большой процент суицидентов являлись социально успешными, с высокими интеллектуальными возможностями – 81,2% (138 случаев), проявлявшие активную занятость (разнообразное творчество, олимпиады, спортивные и музыкальные достижения, подготовка к поступлению в вуз, волонтерство и др.). В сфере конфликтов в детско-подростковом периоде выявляется смещение вектора от семейных конфликтов в младшей возрастной группе (82,5 % (18)), к межличностным в школе и в сфере межполовых взаимоотношений в подростковом (42,8% (24)) и юношеском периоде (63,4% (59)). В старшей возрастной группе было распространено рискованное поведение со стереотипизацией деструктивной активности, а именно несуйцидальное повреждение кожных покровов (различный пирсинг, множественные татуировки, тоннели) составили 42,8% (39) несовершеннолетних), экстремальные увлечения в виде ружинга, зацепинга, посещения опасных (в т.ч. заброшенных) объектов и др. (22,5% (21)). Суйцидальный контент, сопряженный с погружением в виртуальное общение (22,4% (38)) (возрастные группы 13-14 и 15-17 лет), наряду с самоизоляцией и четким хронологическим выполнением директивных аутодеструктивных указаний (возрастная группа 15-17 лет



– 5,8% (10)) оказывали существенное влияние на суицидальное поведение несовершеннолетних. **Таким образом**, детальное изучение биопсихосоциальных факторов, способствующих и потенцирующих суицидальную активность несовершеннолетних является приоритетным направлением как для психиатрии (общей и судебной), так и смежных дисциплин, для улучшения охвата детско-подросткового населения медико-социальной поддержкой, своевременной оценки и снижения суицидального риска.

Будущее детей с особенностями психического развития:  
материалы Всероссийской научно-практической конференции  
с международным участием  
(г. Москва 28-29 ноября 2019 года).  
[Электронный ресурс]

Под редакцией  
д. м. н., профессора Е.В. Макушкина

Макет подготовлен  
в издательстве ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»  
Минздрава России

119034, г. Москва, переулок Кропоткинский, 23.

Тел: (495) 637-4000,  
факс: (495) 637-2275,  
e-mail [info@serbsky.ru](mailto:info@serbsky.ru)